

MITEN AUTAN PÄIHDEONGELMAISTA ASIAKASTA KOTIHOIDOSSA?

Leena Hautala ja Camilla Lybäck
Opinnäytetyö, syksy 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Hautala, Leena & Lybäck, Camilla. Miten autan päihdeongelmaista asiakasta kotihoidossa? Diak Etelä, Helsinki, syksy 2012, 81 s., 4 liitettä. Diakoniammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Päihteiden käyttö kotihoidon asiakkailla on lisääntynyt ja sen tuomat ongelmat nousseet esille. Tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan päihteillä alkoholia, lääkkeiden käyttöä ilman lääketieteellistä syytä ja huumeaineita. Ikääntyvän ihmisen päihteenä käyttämä aine on yleensä alkoholi. Kotihoidon uudella asiakasryhmällä, nuorilla alle 50-vuotiailla, huonokuntoisilla päihteidenkäyttäjillä päihteenä voi olla kaikki kolme päihdeainetta sekä mielenterveysongelmia.

Kotihoidon asiakkaiden sairaudet, lääkitys ja ikääntyminen yhdessä päihteiden käytön kanssa tuovat lisähaasteita kotihoidon työntekijöille. Opinnäytetyössä tuodaan esille päihteidenkäytön vaikutuksia ja keinoja, miten päihteidenkäyttöön olisi hyvä puuttua. Päihteidenkäytön puheeksi ottaminen koetaan vaikeaksi. Päihdeasiakkaiden hoitaminen herättää myös aina tunteita. Opinnäytetyön tarkoituksena on herättää keskustelua päihdeasiakkaiden kohtaamisesta sekä asenteista päihdehoitotyötä kohtaan. Päihderiippuvuus ja sen ymmärtäminen ilmiönä auttavat yleensä työntekijöitä kohtaamaan tunteensa ja päihdeongelmaiset asiakkaansa.

Verkostoituminen eri hoitotahojen ja omaisten kanssa mahdollistaa hoidon vastuun jaon eri osaamisen mukaan. Vastuun jakautuminen helpottaa kotihoidon työntekijöiden työtä. Kotihoidon päihdeasiakkaat ovat moniongelmaisia ja siksi he tarvitsevat yleensä myös eri viranomaistahojen apua. Yhteiset toimintalinjat eri hoitotahojen välillä helpottavat asiakkaiden hoitoa.

Opinnäytetyössä kerrotaan niistä päihdehoitopalveluista, joihin kotihoidon työntekijät voivat päihteitä käyttävät asiakkaansa ohjata. Ikääntyneille ja liikuntarajoitteisille ei ole olemassa varsinaisesti heille suunnattuja päihdehoitopaikkoja. Kotihoidon asiakkaiden erityispiirteistä johtuen heille soveltuvat päihdehoitopalvelut ovat rajalliset.

Asiasanat: kotihoito, päihteet, motivointi, verkostoituminen, kuvaus

ABSTRACT

Hautala, Leena and Lybäck, Camilla. How to take care a client with substance abuse problem in homecare? 81 p., 4 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2012. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

Purpose of this study was to stimulate discussion about how to encounter clients who are substance abusers, as well as attitudes towards substance abuse care. In this thesis we brought out the influences of substance abuse and ways how to bring up drug use. Homecare customers` diseases, medications and aging together with substance abuse will bring more challenges for homecare workers. Clients who use drugs and alcohol also bring out emotions.

In this thesis intoxicants refer to alcohol, use of medicines without a medical reason and drugs. Usually alcohol is the most commonly used intoxicant. Homecare has a new customer group, young people under 50 years of age. Often they have mental health problems and bad physical condition and they are addicted to drugs, medicine and alcohol. Substance abuse problems among homecare clients have increased.

In this thesis we presented some substance abuse treatment services that are suitable for homecare clients. Homecare clients have many diseases and usually they need help with day-to-day routines. Some of the clients also use a wheelchair or walker. All substance abuse treatment services do not have enough personnel and suitable room for the physically impaired.

Networking with various treatment groups and the families of the clients enable to share responsibilities. Such sharing facilitates the task of homecare workers. The substance abuse clients of home care workers have multiple problems and consequently are in need of help from different experts.

Keywords: Homecare, intoxicant, motivation, network

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	6
2 ASIAKKAAT KOTIHOIDOSSA.....	8
2.1 Päihderiippuvuus kotihoidon asiakkailla.....	9
2.1.1 Alkoholiriippuvuus kotihoidon asiakkailla.....	11
2.1.2 Lääkeriippuvuus päihdekäyttäjienä kotihoidon asiakkailla.....	13
2.1.3 Huumeriippuvuus kotihoidon asiakkailla.....	14
2.2 Päihde- ja mielenterveysongelmien yhteenkietoutuminen.....	17
3 PÄIHDEHOIDON HAASTEET KOTIHOIDOSSA.....	19
3.1 Alkoholi ja kotihoidon asiakas.....	20
3.2 Sairaus ja ikääntyminen päihdehoitotyön erityishaasteena.....	21
3.3 Työntekijöiden asenteet päihdeasiakkaita kohtaan.....	23
3.3.1 Hoitoon ja kuntoutukseen vaikuttava motivointi.....	26
3.4 Päihdehoitotyön yhteiskunnallinen ilmapiiri.....	28
4 TYÖMENETELMIÄ PÄIHTEIDEN PUHEEKSIOTTOON.....	30
4.1 Motivoiva haastattelu työmenetelmänä.....	32
4.1.1 Motivoivan haastattelun vaiheet.....	33
5 VERKOSTOITUMINEN KOTIHOIDOSSA.....	39
6 PÄIHDEHOITOPALVELUT.....	41
6.1 A-klinikka.....	42
6.2 Katkaisuasemat.....	44
6.3 Avokatkaisu.....	45
6.4 Kuntoutuslaitokset.....	46
6.4.1 Laitoskuntoutus.....	47
6.5 Kolmannen sektorin palvelut.....	49
6.6 Malli kotiin vietävistä palveluista.....	50
7 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	52
7.1 Prosessin kuvaus ja toteutus.....	52
7.2 Prosessin arviointi.....	53
8 POHDINTA.....	55
LÄHTEET.....	60
LIITE 1: Alkoholin käytön riskit AUDIT.....	67
LIITE 2: Alkoholiriippuvuus SADD.....	71

LIITE 3: Huumeidenkäyttötesti DAST.....	76
LIITE 4: Kotikatkaisuhuolto-toimintamalli.....	80

1 JOHDANTO

Kotihoidon asiakas on iältään yli 18-vuotias, mies tai nainen. Kotihoidon asiakas on usein monisairas, jolloin päihteidenkäyttö jää helposti sairauden oireiden takia huomioimatta. Puheeksiotto päihteidenkäyttöä epäiltäessä on haastavaa ja haasteita lisää myös hoitajien asenteellisuus päihteidenkäyttäjiä kohtaan. Päihdeongelman huomaaminen ja puheeksi ottaminen koetaan vaikeaksi. Aihe on arka niin työntekijöille kuin kotihoidon asiakkaille ja siksi se herättää keskustelua.

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti työtaustamme kotihoidossa ja päihdehoitotyössä. Päihdeasiakkaiden määrä on lisääntynyt. Kotihoidon asiakkaat ovat monisairaita, päihdeongelman lisäksi heillä on monia sairauksia. Monesti päihdeongelmaan liittyy myös psyykkisiä sairauksia ja aina ei osata sanoa, kumpi oli ensin, päihde- vai mielenterveyssairaus. Asiakkaiden monien eri vai-vojen ja sairauksien takia päihdeongelma saattaa jäädä huomioimatta.

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa kotihoidon työntekijöille tietoa, jonka avulla työntekijä voi kohdata ja hoitaa päihdeasiakkaita. Tarkoituksena on kuvata kotihoidon päihdehoitotyön haasteita. Käsittelemme työssämme päihderiippuvuutta ja sen tuomia haasteita, kun asiakkaana on nuori tai ikääntynyt kotihoidon asiakas. Kerromme myös päihdehoitopalvelupalvelupaikoista, joihin kotihoidon asiakkaat voivat hakeutua tai jonne työntekijät voivat asiakkaat ohjata.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda työntekijöille käytännönläheistä tietoa päihteidenkäytön puheeksioton eri työvälineistä, erityisesti motivoivasta haastattelusta, ja sen kautta helpottaa päihdeasiakkaiden hoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena on herättää keskustelua päihdeasiakkaille tarjotuista palveluista, ja siitä, miten ne toteutuvat kotihoidossa. Tavoitteena on myös herättää myönteisempää keskustelua työntekijöiden asenteista päihteidenkäyttäjiä kohtaan. Pyrimme tekemään opinnäytetyöstä mahdollisimman selkeän ja helppolukuisen, josta mainitsemamme asiat löytyvät helposti ja nopeasti.

Päihteiden käyttäjiä on eri-ikäisiä, miehiä ja naisia, terveitä ja vammaisia. Tässä opinnäytetyössämme päihteillä tarkoitamme alkoholia, lääkkeiden käyttöä ilman lääketieteellistä syytä sekä huumausaineita. Yleisin ikääntyvän ihmisen päihteenä käyttämä aine on alkoholi. Kotihoidossa uusin asiakasryhmä ovat nuoret, huonokuntoiset päihteidenkäyttäjät, jotka päihteidenkäytön seurauksena kärsivät muistisairaudesta. Tämä asiakasryhmä voi käyttää kaikkia mainitsemiamme päihdeaineita erikseen tai yhdessä.

2 ASIAKKAAT KOTIHOIDOSSA

Helsingin kaupungin kotihoito tarjoaa palveluja vanhuksille ja yli 18-vuotiaille vammaisille, toipilaille ja pitkäaikaissairaille. Kotisairaanhoitopalvelu on lääkärin määräämää sairaanhoitoa ja kuntoutusta. Kotihoito ja kotihoidon tukipalvelut auttavat niissä päivittäisissä toiminnoissa, joista asiakas ei enää itsenäisesti suoriudu, esimerkiksi ruokailussa, peseytymisessä ja WC-käynnillä. Kotihoidon tavoitteena on asiakkaan turvallinen elämä kotona. (Helsingin kaupunki 2011a.)

Kotihoitotyö on moniammatillista yhteistyötä. Asiakkaan hoitotiimiin kuuluu osaamista eri ammattialoilta. Kotihoidon tiimin jäseniin voi kuulua muun muassa sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, perus- ja lähihoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia, sekä tarvittaessa erityistyöntekijöitä, kuten toiminta- ja fysioterapeutti. Sairaanhoidosta vastaa lääkäri. Kotihoidon työntekijät työskentelevät asiakaslähtöisesti ja tavoitteellisesti, eri ammattialojen tietoa ja taitoa hyödyntäen. (Ikonen & Julkunen 2007, 20–21.)

Kotihoidon asiakkaat eivät ole keskenään samanlaisia vaan eroavat toisistaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Tämän erilaisuuden tunnistaminen auttaa suunnittelemaan ja toteuttamaan kullekin kotihoidon asiakkaalle asiakaslähtöisesti juuri hänen tarpeitaan vastaavaa hoitoa. Hoidon tarpeen syynä kotihoidon asiakkailla ovat yleisimmin fyysiset syyt ja dementoivat sairaudet. Alentuneen toimintakyvyn lisäksi ongelmia tuo kotihoitoon ikäihmisten lisääntynyt alkoholin käyttö. (Luoma & Kattainen 2007, 18–20.)

Laadukkaassa kotihoitotyössä asiakkaiden tarpeet huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Kokonaisvaltaisella hoidolla tuetaan asiakkaan toimintakykyisyyttä ja ylläpidetään elämänlaatua. Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnissa otetaan huomioon fyysisten-, psyykkisten- ja sosiaalisten tekijöiden lisäksi asiakkaan voimavarat ja riskitekijät. Fyysisillä tekijöillä tarkoitetaan asiakkaan kykyä suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista, kuten syömisestä, peseytymisestä, pukeutumisesta ja liikkumisesta sekä välinetoiminnoista, kuten kotiaskareista ja kodin ulkopuolella asioinnista. Psyykkisillä tekijöillä tarkoitetaan asiakkaan elämänhallintaa, mielenterveyttä ja psyykkistä hyvinvointia. Sosiaalisilla tekijöillä tarkoitetaan

asiakkaan kykyä toimia vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Riskitekijöillä on toimintakykyä heikentävä ominaisuus. Asiakkaan päihteiden käyttö on yksi riskitekijä. (Heinola & Luoma 2007, 36–41.) Kotihoidon asiakkuuden alkaessa asiakkaan kanssa täytetään tiedonkeruulomake, jossa kysytään asiakkaan terveyskäyttäytymisestä, tupakoinnista ja päihteiden käytöstä.

2.1 Päihderiippuvuus kotihoidon asiakkailla

Päihderiippuvuudeksi määritellään pakonomainen tarve saada päihdettä jatkuvasti tai ajoittain. Päihderiippuvuus on krooninen ja helposti uusiutuva sairaus. Riippuvuus voi olla fyysinen, psyykinen, sosiaalinen tai yhdistelmä näistä kaikista. Fyysinen riippuvuus aiheuttaa elintoimintojen häiriöitä, joista hermostovaiikutukset ilmenevät vieroitusoireina. Psyykkisessä riippuvuudessa päihteiden käyttäjä kokee päihteen omalle hyvinvoinnilleen välttämättömäksi. Sosiaalisessa riippuvuudessa päihteiden käyttäjä on riippuvainen sosiaalisesta verkostostaan. (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 42–43.)

Päihderiippuvuus on sairaus, jolle on tyypillistä aineiden hallitsematon käyttö. Yleisimpiä päihteitä ovat alkoholi, tupakka sekä keskushermostoon vaikuttavat lääke- ja huumausaineet. Päihteet tuottavat käyttäjälleen mielihyvää, mutta ne lisäävät mielenterveysongelmia ja elimellisiä sairauksia. Tyypillistä on, että päihderiippuvainen jatkaa päihteidenkäyttöään sosiaalisista ja terveydellisistä haitoista huolimatta. Muita päihderiippuvaisen tunnusmerkkejä ovat aineenkäytön lisääntynyt toleranssi ja sosiaalisten suhteiden loppuminen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2007.)

Päihteidenkäyttäjät saattavat kieltää päihteiden käyttönsä varsinkin alkuvaiheessa, eivätkä he näe esimerkiksi alkoholin käytön ja seurausten välistä yhteyttä. Hoitajaa työssään auttaa tämän kieltämisprosessin tunteminen. Päihdeongelmallisille tyypillisten ilmiöiden ymmärtäminen helpottaa hoitajan työskentelyä sekä auttaa ymmärtämään toipumisprosessia. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 17.)

Päihdeinterventio eli väliintulo voidaan ajatella prosessina, jonka avulla riippuvuuden haitat pysäytetään. Asiakasta autetaan lopettamaan tai vähentämään päihteiden käyttöä. Hänen kanssaan yhdessä arvioidaan ongelman vakavuutta ja sen aiheuttamia haittoja. Asiakkaan on hyvä tuoda ilmi, mitä hän elämältään haluaa ja toivoo. Keskustelun päämääränä on herättää ja kasvattaa asiakkaan motivaatiota elämän muutokseen. (Helamo 2008, 253–254.)

Karttunen ja Karvinen (2010) ovat opinnäytetyössään selvittäneet sairaanhoitajien valmiuksia päihdehoitotyöhön. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat pitävät keskusteluja asiakkaiden kanssa hyvänä tapana ottaa päihteidenkäyttö puheeksi. Monet asiakkaat saattavat avoimesti kertoa esimerkiksi alkoholin käytöstä, mutta eivät määrittele, mitä juovat ja kuinka paljon. Alkoholin käyttöä myös vähätellään. Puheeksiottoa on helpottanut päihdehoitotyön menetelmät, kuten päihteiden käyttöä mittaavat kyselylomakkeet.

Päihteiden käytön puheeksiottaminen kuuluu jokaisen hoitoalalla työskentelevän tehtäviin aina, kun työntekijä epäilee, että asiakkaalla on päihdeongelma. Keskustelun voi aloittaa ilmaisemalla oman huolensa ja välittämisensä. Jotkut asiakkaat kokevat alkoholinkäytöstä keskustelemisen myönteisenä silloinkin, kun asia on heille henkilökohtainen. (Levo 2008, 63–64.)

Puheeksiottaminen tarkoittaa sitä, että asiakkaalta kysytään päihteiden käytöstä ja keskustellaan siitä. Keskustelu ei saa tapahtua kiireessä vaan siinä on annettava asiakkaalle aikaa, ja hoitajan on oltava aidosti läsnä. Asiakkaalle tehdään näkyväksi hoitajan huoli ja huomio päihteiden käytöstä. Asiakkaalle annetaan samalla myös tietoa alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista sekä alkoholin liiallisen käytön aiheuttamista terveydellisistä haitoista. Puheeksiotossa on tärkeää, että hoitajan asenne ei ole tuomitseva. Asiakkaan tulee antaa miettiä asioita rauhassa ja keskusteluja on hyvä jatkaa myöhemminkin. Tärkeää on myös selvittää, miksi asiakas juo. Juomisen tilalle on oleellista löytää mieleistä ja kiinnostavaa vaihtoehtoja tekemistä. (Levo 2008, 64–67.)

2.1.1 Alkoholiriippuvuus kotihoidon asiakkailla

Päihdetilastollisen vuosikirjan (2011) mukaan alkoholin kokonaiskulutus vuonna 2010 oli noin 10 litraa asukasta kohden. Vuositasolla kokonaiskulutus oli 53,9 litraa sataprosenttista alkoholia. Vuonna 2010 alkoholisairaus oli päädiagnoosina 22 889:ssa hoitajaksossa, jotka rekisteröitiin terveydenhuollon vuodeosastolla. 33 568:ssa hoitajaksossa alkoholisairaus oli pää- tai sivudiagnoosina. Näistä enemmistö oli miehiä, 79 prosenttia, ja suurin osa 45–64-vuotiaita.

Sundell (2010) on väitöskirjassaan tutkinut humalanhakuisen juomisen yhteyttä sydän- ja verisuonisairauksiin sekä masennukseen. Tutkimuksessa ilmenee, että tapa, millä alkoholia juodaan, vaikuttaa terveyteen riippumatta alkoholin kokonaismäärästä. Tutkimuksen tuloksena todetaan, että runsas kertajuominen lisää aivohalvauksen riskiä ja on alkoholiperäisten kuolemien riskitekijä. Masennusoireita esiintyy myös enemmän runsaasti kerralla juovilla. Etenkin vanhemmilla ihmisillä, jotka juovat kerralla suuria määriä, esiintyy masennusoireita. Tutkimuksessa todetaan, että humalanhakuinen juomatapa lisää sairastuvuutta, vaikka ei muutoin alkoholia käyttäisikään.

Alkoholiriippuvaisista vain pieni osa hakeutuu hoitoon ja saa hoitoa. Syy tähän on se, että jopa terveydenhuollon ammattilaiset pitävät sairautta itseaiheutettuna. Alkoholiriippuvuus on kuitenkin krooninen biologinen sairaus. Psykososiaaliset hoidot ovat alkoholiriippuvuuden yksi tärkeimmistä hoitomuodoista, mutta hoitona käytetään usein myös lääkehoitoa. (Alho 2010, 54.)

Alkoholipitoiset juomat ovat ihmisen vanhimpia nautintoaineita. Alkoholijuomaksi alkoholilain perusteella tarkoitetaan juomaa, joka sisältää enemmän kuin 2,25 painopromillea etyylialkoholia. Alkoholi on yleisimmin käytetty päihde Suomessa ja siksi se on myös yksi tärkeimmistä kansanterveyteen vaikuttavista tekijöistä. Liiallinen alkoholin käyttö on pääasiallinen syy moneen alkoholisairauteen, joita ovat alkoholimyrkytys, vieroitusoireyhtymä ja juoppohulluus. Näiden lisäksi alkoholin käyttö on useiden elimellisten sairauksien osatekijä. Myös tapaturmien, kehitysvammojen, mielenterveyshäiriöiden ja itsemurhien riski kasvaa. (Kiianmaa & Ylikari 1987, 18, 72.)

Alkoholin kulutusta mitataan muun muassa AUDIT-kyselyllä (Liite 1). Jos yli 65-vuotiaiden alkoholiannosten määrä ylittää seitsemän annosta viikossa, puhutaan jo alkoholin suurkulutuksesta. (Otetaan selvää 2006, 4.) Työikäisillä miehillä riskirajat ovat viikkokulutuksena 25 annosta ja kertakulutuksena seitsemän annosta. Työikäisillä naisilla vastaavat riskirajat ovat kuusitoista annosta viikossa tai viisi annosta kerralla viikoittain. (Vähennä vähäsen 2006, 8.)

Useiden lääkkeiden ja alkoholin yhtäaikainen käyttö vaikuttaa lääkkeaineiden toimintaan elimistössä. Alkoholin käytöstä tulisi aina olla tieto hoitavalla lääkärillä sekä hoitohenkilökunnalla. Joidenkin lääkkeiden yhteiskäyttö alkoholin kanssa saattaa olla jopa hengenvaarallista. Lääkkeitä saatetaan myös määrätä niin sanotusti turhaan, jos asiakkaan alkoholinkäyttö ei ole tiedossa. Unettomuus saattaa johtua alkoholin käytöstä, ja tällöin ei ole hyvä ottaa unilääkkeitä, koska niiden yhteisvaikutus aiheuttaa enemmän haittaa kuin hyötyä. Lääkehoito tulisi valita sen mukaan mikä on toivottu tavoite, täydellinen raittius, raitistuminen vähitellen vai raittiuden ylläpitäminen. Lääkkeaineilla on erilaisia vaikutuksia ja niitä tulee määrätä aina tavoitteiden mukaan. (Alho 2010, 56.)

Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttöä voi tulla myös hoidon seurauksena. Lääkehoitoa suunniteltaessa on hyvä muistaa väärinkäytön ja riippuvuuden mahdollisuus. Bentsodiatsepiinien ja muiden riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden käyttöä alkoholiongelmallisella tulee välttää. Lääkitystä mietittäessä tulee suunnitella lääkehoito määrääkaiseksi ja akuuttioireiden hoitoon. Tarvittaessa pidempiaikaista lääkehoitoa suositetaan pieninä annoksina ja lääketaukoja pitäen. (Vorma 2010, 201.)

Disulfiraami (Antabus) nautittuna yhdessä alkoholin kanssa aiheuttaa pahoinvointia, huimausta, takykardiaa ja päänsärkyä. Kontrolloidulla hoidolla ja asiakasta tiedottamalla saavutetaan disulfiraamilla parhaat tulokset. Aloitus- ja ylläpitoannos on 100 mg–200 mg vuorokaudessa tai vaihtoehtoisesti kahtena tai kolmena päivänä viikossa kaksi tablettia. Hoidon alkaessa on kahden kuukauden ajan kahden viikon välein hyvä tarkastaa maksa-arvot. Pienikin määrä alkoholia hoidon aikana voi vaurioittaa maksaa. (Alho 2010, 59–60.)

Opioidiantagonistiä (naloksoni, naltreksoni ja nalmefreeni) sisältävät lääkeaineet kumoavat osittain alkoholin miellyttävät vaikutukset ja näin hillitsevät samalla sen himoa. Naltreksonihoidon tavallinen ylläpito- ja aloitusannos on 50 mg kerran päivässä ja mieluiten tuntia ennen alkoholin nauttimista. Jatkossa lääkettä voi ottaa silloin, kun retkahdusvaara on suuri. Lääkehoidon tulee aluksi kestää vähintään kolme kuukautta. Tablettihoidon lisäksi on kehitetty pitkävaikutteinen injektiohoito, jonka vaikutus kestää kuukauden. Injektion käytöstä on saatu USA:ssa hyviä tuloksia ja EU:ssa lääkettä on saatavilla erikoisluvalla asiakaskohtaisesti. Tällä hetkellä sen saatavuuteen vaikuttaa lääkkeen kallis hinta. (Alho 2010, 61.)

2.1.2 Lääkeriippuvuus päihdekäyttäytymisenä kotihoidon asiakkaila

Tutkimusten mukaan lääkkeitä käytetään väärin joko nukahtamistarkoitukseen, päihdytystarkoituksessa tai tehostamaan muiden lääkkeiden tai alkoholin vaikutusta. Lääkkeiden väärinkäyttö on yleisempää alkoholin suurkuluttajilla. (Hakkarainen, Metso & Salasuo 2010.) Vuoden 2010 myrkytyskuolemista nousi esille buprenorfiinin, kodeiinin ja tramadolin olleen yleisimmin väärinkäytettyjä lääkkeitä, jotka olivat myrkytyskuolemien syynä. (Vuori, Ojanperä, Launiainen, Nokua & Ojansivu 2012.)

Lääkkeillä hoidetaan sairauksia tai niitä käytetään sairauksien ehkäisyyn. Lääkkeiden väärinkäytöllä tarkoitetaan lääkkeen käyttöä ilman lääketieteellistä perustetta. Lääkkeen väärinkäytöllä pyritään humalankaltaiseen tilaan, ja niitä käytetään usein alkoholin kanssa yhdessä. Tavallisimpia väärinkäytettyjä lääkkeitä ovat unilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet ja keskushermostoon vaikuttavat kipu- ja yskänlääkkeet. Lääkkeiden käyttö alkoholin kanssa voi aiheuttaa jopa kuoleman. Väärinkäyttöriskin vuoksi keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden määräämistä vältetään ja pyritään hoitamaan asiakkaita muilla lääkeaineilla. (Nurminen 2001, 495–497.)

Valtaosa väärinkäytetyistä lääkkeistä on bentsodiatsepiinivalmisteita eli rauhoittavia lääkkeitä ja unilääkkeitä. Yleisin haittavaikutus käytön alkuvaiheessa on väsymys, mutta merkittävin haitta on riippuvuus jo muutaman kuukauden käytön jälkeen. Haittavaikutuksia ovat myös muistin, huomiokyvyn ja reaktionopeuden heikkeneminen. Lääkkeiden äkillinen lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita. Alkoholi vahvistaa lääkkeiden vaikutusta ja saattaa aiheuttaa jopa hengityspysähdyksen. (Vorma 2010, 199.)

Pitkään jatkunut rauhoittavien lääkkeiden tai unilääkkeiden käyttö aiheuttaa sivuvaikutuksia ja johtaa helposti itsenäiseen lääkityksen lisäämiseen. Pitkään jatkunut käyttö saattaa sivuoireina vahvistaa niitä oireita, joihin lääke alun perin on määrätty. Toleranssin kasvu johtaa lääkkeiden ongelmakäyttöön ja aiheuttaa riippuvuutta. (Inkinen ym. 2000, 48.)

Opioidikipulääkkeet on lääkeryhmä, joka on aiheuttanut enenevässä määrin myrkytyskuolemia Suomessa. Yskänlääkkeiden, kodeinia sisältävien lääkkeiden ja opioidikipulääkkeiden, kuten morfiini, buprenorfiini, tramadoli, oksikodoni tai dekstropropoksifeeni, vaikutus tehostuu, kun niitä käyttää yhdessä alkoholin kanssa. Reseptivapaat lääkkeet eivät tehosta alkoholin vaikutusta, mutta saattavat aiheuttaa elinvaurioita ja myrkytystiloja. (Vorma 2010, 200.)

Kokemuksemme mukaan kotihoidon asiakkaat käyttävät yleensä useita lääkkeitä päivittäin. Joissakin tapauksissa saattaa olla, että asiakas on tiedostamattaan jäänyt riippuvaiseksi jostakin lääkkeestä. Jos lääke ei sairauden hoidossa ole enää tarpeellinen, lääkkeestä vieroitaudutaan vähentämällä lääkkeen annosta pieniä määriä kerrallaan.

2.1.3 Huumeriippuvuus kotihoidon asiakkailla

Viimeisimmän arvion mukaan vuodelta 2005 Suomessa arvioitiin olevan huumausaineiden ongelmakäyttäjiä 0,6–0,7 prosenttia maan 15–55-vuotiasta eli noin 14 500–19 100 henkilöä. Suomessa huumeidenkäyttö on suurella osalla käyttäjistä sekakäyttöä, jossa keskeisessä osassa ovat kipulääkkeinä käytetyt

opiidipohjaiset lääkeaineet ja rauhoittavat lääkeaineet sekä alkoholi ja kannabistuotteet. Vuonna 2010 tilastoitiin 6 467 hoitojaksoa vuodeosastolla, joissa päädiagnoosina oli huumausaineisiin tai lääkeaineisiin liittyvä sairaus sekä 9 599 hoitojaksoa, joissa huumesairaus oli pää- tai sivudiagnoosina. Yli puolet näistä hoitojaksoista oli erilaisia lääkemyrkytyksiä. Päihteidenkäyttäjät ovat yleensä sosiaalisesti syrjäytyneitä ja huono-osaisia, ja heiltä puuttuu kunnollinen sosiaalinen verkosto. Päihteiden käyttäjän hoidossa korostuukin moniammatillinen yhteistyö, edellyttäen kokonaisvaltaista ja pitkäjännitteistä työtettä sekä konkreettista auttamista. Asiakasta pyritään aina auttamaan siinä yksikössä, mihin hän hakeutuu. (Tanhua, Virtanen, Knuuti, Leppo & Kotovirta 2011.)

Tutkimusten mukaan kannabiksen käyttö Suomessa on lisääntynyt. Se on myös eniten käytetty huumausaine. Seuraavaksi yleisintä on lääkkeiden väärinkäyttö eli lääkkeitä käytetään ilman lääkärin määräystä. Kolmanneksi eniten käytetty huumausaineryhmä on stimulantit. (Hakkarainen, Metso & Salasuo 2010.)

Huumausaineet jaotellaan kolmeen osaan niiden vaikutusmekanismin perusteella. Aistiharjoja aiheuttavia huumeita ovat esimerkiksi kannabis ja LSD. Keskushermostoa kiihottavia huumeita ovat amfetamiini ja ekstaasi ja keskushermostoa lamaavia huumeita ovat morfiini ja heroini. Kannabistuotteita käytetään lähinnä polttamalla savukkeina. Aine imeytyy hengitysteitse ja vaikuttaa keskushermoston toimintaan aiheuttaen hyvänolon tunnetta, uneliaisuutta ja apaattisuutta. Suuret määrät voivat aiheuttaa kuuloharjoja, ahdistuneisuutta, paniikkihäiriöitä ja jopa psykoosin. (Nurminen 2001, 501–502.)

Päihderiippuvuusoireyhtymä opiaattien kohdalla diagnosoidaan silloin, kun henkilöllä on tarve käyttää aineita silloinkin, kun yrittää vähentää sitä. Kykenemättömyys lopettaa käyttöä, huumeiden käyttöön liittyvä käyttäytyminen, huumeiden käyttö vieroitusoireiden ehkäisemiseksi, huumehakuksen käyttäytymisen tarkeys ja nopea retkahdus vieroituksen jälkeen määrittellään päihderiippuvuusoireyhtymäksi. (Inkinen ym. 2000, 207.)

Opioideja, joihin kuuluvat heroiini, morfiini, muut euforisoivat kipulääkkeet ja oopiumi, käytetään tavallisimmin ruiskeena suoraan suoneen. Ne aiheuttavat voimakkaan hyvänolon tunteen ja laukaisevat jännitystä ja ahdistusta. Ruiskujen ja neulojen käyttöön liittyy aina infektoriski sekä veriteitse tarttuvien tautien leviäminen. (Nurminen 2001, 502.)

Kotihoidon asiakaskuntaan on tullut huumeiden väärinkäyttäjiä. Osalla asiakkaista saattaa olla myös huumeita käyttäviä omaisia ja tuttaviam. Huumausaineiden käyttö tulee huomioida joka käynnillä. Oman ja muiden turvallisuuden vuoksi asiakkaille tulee selvästi kertoa, että hoitajien läsnä ollessa ei aineita käytetä. Jos asunnossa poltetaan kannabistuotteita ennen kuin hoitaja tulee, on hoitajalla suuri riski saada itse savua hengitysteihin. Myös likaisten ruiskujen olemassaoloon on varauduttava. Hoitajat saattavat vahingossa saada pistotataturman likaisesta neulasta, jos niitä on jätetty esille. On hyvä, että asiakkaan suonensisäisten huumeiden käyttö on tiedossa, jotta hoitaja voi toimittaa neulankeräysastian asiakkaan luokse.

Osa kotihoidon asiakkaista kuuluu korvaushoidon piiriin. Heroiinista tai muusta opiaateista riippuvaisia hoidetaan huumetta korvaavalla lääkkeellä. Ennen korvaushoidon aloittamista asiakkaalla täytyy olla takanaan vieroitushoitoja, jotka eivät ole auttaneet. Hoidon aloitus ja seuranta tehdään aina yliopistollisessa keskussairaalassa ja hoitoa voidaan tarvittaessa jatkaa useita vuosia. Korvaushoitolääkkeinä käytetään buprenorfiinia tai metadonia. Korvaushoitoon hakeutuvalla on oltava takanaan vähintään muutaman vuoden opioidiriippuvuus, huono motivaatio irrottautua narkomaaniyhteisöstä, valmius sitoutua valvottuun lääkehoitoon ja takana toistuvia epäonnistuneita vieroitus- ja katkaisuhitoja sekä 20 vuoden ikä. (Inkinen ym. 2000, 158.)

Korvaushoidon tavoitteena voi olla joko kuntoutuminen tai haittojen vähentäminen. Päihdehoidon korvaushoittoon erikoistuneet yksiköt toteuttavat korvaushoidon siten, että hoidon aluksi asiakas tulee korvaushoitoyksikköön ottamaan korvaushoitolääkityksen. Hoidon vakiinnuttua hoito voidaan siirtää perusterveydenhuoltoon. (Neuvoa antavat 2012.)

Laki lääkehoidon toteuttamisesta, 7 §:ssä, sanotaan lääkehoidon toteuttamisesta, että korvauslääkehoitoa saadaan toteuttaa ja lääke luovuttaa asiakkaalle vain valvotusti. Jos asiakas on hoitomyönteinen, hänelle voidaan luovuttaa yhden – seitsemän vuorokauden korvaushoitolääkkeet kerrallaan. Lääkettä ei saa määrätä lääkemääräyksellä apteekista toimitettavaksi. Lisäksi lääkehoidon toteuttamisen laissa, 5 §:ssä, todetaan, että korvaushoidon aloituksen jälkeen hoitoa voidaan jatkaa yhteistyössä kunnallisissa toimintayksiköissä, esimerkiksi terveyskeskuksessa, päihdehuollon laitoksyksikössä tai poliklinisessa yksikössä. Korvaus- ja ylläpitohoito tulee siirtää mahdollisimman lähelle asiakkaan asuinpaikkaa. (Finnlex i.a.)

2.2 Päihde- ja mielenterveysongelmien yhteenkietoutuminen

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan asiakkaita, joilla on sekä päihderiippuvuus että mielenterveyshäiriö. Tästä ilmiöstä käytetään myös nimitystä komorbiditeetti eli monihäiriöisyys. Päihderiippuvuuden lisäksi mielenterveyshäiriöinä asiakkailla voi olla muun muassa kaksisuuntaista mielialahäiriötä, skitsofreniaa, masennusta tai persoonallisuushäiriöitä. (Lappalainen-Lehto ym. 124.)

Kaksoisdiagnoosiasiakkailla psyykkiset oireet eivät aina häviä raittiuden myötä. Alkoholin ongelmakäyttäjistä noin 40–50 prosentilla on psykiatrinen häiriö. Alkoholiriippuvuuden hoito on usein ensisijainen ja välttämätön, koska alkoholin käyttö ylläpitää ja pahentaa psyykkistä oireilua. Alkoholiriippuvuus tekee psyykkisistä oireita yleensä vaikeita. Psykiatristen häiriöiden hoito ei onnistu, ellei alkoholin käyttö ole hallinnassa tai kokonaan loppunut. (Aalto 2010, 184.)

Tärkeä osa hoitajan työssä on asiakkaiden motivointi lääkehoitoon. Kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat yleensä hyvin lääke- ja hoitokielteisiä. Tärkeää on myös ehkäistä riippuvuutta aiheuttavien rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käyttöä. Joissakin tapauksissa on hyvä tehdä asiakkaan kanssa kirjallinen sopimus, jossa määritellään hoidon puitteet ja hoitolinjat. (Inkinen ym. 2000, 203.)

Käytännössä kotihoidon asiakkailla on yhä useammin päihderiippuvuuden ja mielenterveyshäiriön lisäksi jokin somaattinen sairaus. Näillä asiakkailla määritellään olevan kolmoisdiagnoosi tai monidiagnoosi. Kolmoisdiagnoosin määrittely on moninaista, eri hoitoyksiköt määrittelevät sen omasta näkökulmastaan, ja siksi hoitokäytännöt voivat vaihdella eri hoitoyksiköissä suuresti. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 124.)

Monidiagnoosiasiakkaiden hoito kotihoidossa vaatii moniammatillista osaamista. Asiakkaiden hoidossa ja kuntoutuksessa on otettava huomioon päihderiippuvuus, mielenterveyshäiriö ja somaattinen sairaus. Asiakkaalla saattaa olla useita somaattisia sairauksia ja hänellä on oikeus niiden asianmukaiseen hoitoon.

3 PÄIHDEHOIDON HAASTEET KOTIHOIDOSSA

Työsuojeluhallinto on maininnut kotihoidon alaksi, jossa on väkivallan satunnainen uhka. Työskentely yksin, päihtyneet asiakkaat sekä lääkehoito lisäävät väkivallan riskiä (Työsuojeluhallinto 2010). Eniten väkivaltaa koetaan psykiatrisessa hoitotyössä, mutta väkivalta on lisääntynyt myös muilla terveydenhuollon aloilla. Päihteiden käytön lisääntyminen on myös vaikuttanut väkivaltilanteiden lisääntymiseen. 70 prosenttia väkivallalla uhanneista tai väkivaltaisesti käyttäytyneistä on päihteiden vaikutuksen alaisena. Väkivaltaista käyttäytymistä esiintyy myös dementoituneilla, kehitysvammaisilla sekä moniongelmaisilla asiakkailla. (Louhela & Saarinen 2006.)

Aggressiivisuus päihteidenkäyttäjällä saattaa johtua vieroitusoireista, turvattuudesta, turhautuneisuudesta, torjutuksi tulemisen pelosta tai väärinymmärryksistä. Päihtyneenä tai huumeiden vaikutuksen alaisena on vaikea kontrolloida käyttäytymistään ja ihminen voi kokea lähellä olevat toiset ihmiset uhkana. Vihamielisyys voi ilmetä myös häiriökäyttäytymisenä, kielteisyytenä, epäluuloisuutena, syyttelynä ja epäasiallisena kielenkäyttönä ja uhkailuna. Tällaisella käyttäytymisellä ihminen pyrkii lievittämään ahdistustaan, pelkoaan ja avuttomuuden tunnettaan, toisaalta se voi olla myös keino saada huomiota. Hoitajien voi olla ajoittain vaikeaa pitää ammatillisuutta yllä näissä tilanteissa, mutta on tärkeää keskustella päihteiden käyttäjän kanssa ja sopia, millainen käyttäytyminen on hyväksyttävää. (Inkinen ym. 2000, 192–193.)

Kotihoidon työntekijät näkevät työssään erilaisten ihmisten päihteiden käyttöä. Päihteiden käyttäjä voi olla kuka tahansa, nuori tai vanha, terve tai vammainen. Kotihoidon työntekijät kohtaavat läheltä päihdeasiakkaita ja näkevät heidän päihteiden käyttönsä seurauksia. Asiakkaiden suoriutuminen jokapäiväisistä askareista heikentyy ja toimintakyky kaventuu. Sairaudet eivät parane tai niiden paraneminen hidastuu ja kuntoutuminen ei etene. Äärimmillään kotihoidon työntekijä voi kohdata yhä uudelleen saman päihdeongelmaisen hoitamattomana epäsiistissä kodissaan vailla ruokaa, lääkkeitä ja rahaa. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 238.)

Viime aikoina kotihoidon huomio on kiinnittynyt nuoriin huonokuntoisiin päihteidenkäyttäjiin, joille päihteiden käytön seurauksena on tullut muistisairaus. Nuorella saattaa olla niin sanottuja kavereita, jotka käyttävät nuorta taloudellisesti tai muuten hyväkseen. Kotihoidon työntekijän vaikea kysymys on, miten suhtautua tähän ja toimia tällaisissa tilanteissa. Lisäksi työntekijän oma turvallisuus voi olla uhattuna, jos päihteiden käyttäjän asunnossa on päihtynyt käyttäjäjoukko. Tällaisissa tilanteissa ohjeena on väistyä tai mennä paikalle toisen työntekijän kanssa. Tilanteen mukaan paikalle voi toisinaan myös joutua kutsumaan ambulanssin tai poliisit. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 238.)

3.1 Alkoholi ja kotihoidon asiakas

lääkkäiden asiakkaiden päihde on yleensä alkoholi. Niin sanotun ”märän sukupolven” vanheneminen on nostanut iäkkäiden päihdeongelmat esille. Ikääntyneet saattavat salailla päihteiden käyttöään, etenkin naiset häpeilevät usein ongelmaansa. Moni ikääntynyt kärsii yksinäisyydestä ja on vailla sosiaalista verkostoa. Päihteet täyttävät ikääntyneen yksinäisyyden ja sosiaalisen verkoston puuttumisen aukon. Haasteena iäkkäiden päihdeongelmien huomaamisessa on niiden jääminen usein muiden fysiologisten ja psyykkisten muutosten varjoon. Esimerkiksi alkoholin käytöstä johtuvia kognitiivisia oireita ja alkavaa dementiaa voi olla vaikeaa erottaa toisistaan. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 251.)

Kotikäyntien toteuttamisessa tulee kiinnittää erityistä huomiota työntekijöiden turvallisuuteen ja siihen liittyvät riskit tulee aina arvioida. Kotikäyntien on oltava turvallisia, mutta uhkaaviin tekijöihin tulee varautua, varsinkin, jos hoidetaan psyykkisesti sairaita tai huumausaineiden vaikutuksessa olevia. Oleellista on aina arvioida turvallisuus ja pohtia voidaanko kotikäynti suorittaa. (Morig & Räsänen 2002.)

Kotihoidossa, jossa pääsääntöisesti tehdään kotikäynnit yksin, on mahdollista saada vartija mukaan kotikäynnille. Työturvallisuuteen vaikuttaa, miten hyvin kotikäynnit on etukäteen suunniteltu. Työturvallisuuteen vaikuttaa myös se, miten resursseja on suunnattu kotikäyntityöhön. (Kontturi 2012.)

Asiakkaiden oma velvollisuus on turvata ja antaa hoitajille työrauha. Asiakkaan tulee mahdollisuuksien mukaan osallistua asianmukaisten työolosuhteiden luomiseen ja ylläpitoon. Hoidon alkaessa hän allekirjoittaa Kotihoidon palvelujen toteuttamisen edellytykset lomakkeen, jolla hän sitoutuu osallistumaan asianmukaisten työolosuhteiden luomiseen. (Aho & Toivonen 2011.)

Taittosen (2011) tutkimuksessa ilmenee, että yleensä kotihoidon yli 65-vuotias asiakas juo alkoholia yksin. Yksinäisyys ja tekemättömyys koetaan syyksi alkoholin juomiseen. Työntekijöiden haastatteluissa esille tulee kotihoidon asiakkaiden erilaiset tavat juoda, on salaa juova asiakas, siisti juomari ja epäsiisti juomari. Salaa juova asiakas osaa juoda salaa, eikä kotihoidon työntekijä ole aina tietoinen siitä. Juominen saattaa tulla ilmi jos asiakaskäynnille mennään eri aikoina kuin tavallisesti. Salaa juova asiakas pystyy huolehtimaan itsestään ja ympäristöstään eikä juominen vaikuta kotihoidon työhön. Salaa juovan asiakkaan kanssa on vaikea ottaa alkoholin käyttöä puheeksi. Siisti juomari kykenee säilyttämään elämänhallintansa ja on vähiten kotihoitoa kuormittava. Heidän kanssaan on helppo keskustella alkoholinkäytöstä. Juomiseen puututaan, jos terveydentilassa tapahtuu muutoksia. Epäsiisti juomari on eniten kotihoitoa työllistävä. Epäsiistin juomarin alkoholin käyttö on runsasta ja asiakkaiden kodit epäsiistejä. Usein asiakkaat ovat humalassa kotihoidon työntekijän tullessa kotikäynnille ja asiakkaat saattavat olla aggressiivisia hoitajia kohtaan. Tämä asiakasryhmä herättää eniten eettisiä ristiriitoja työntekijöiden kesken. Salaa ja siististi juovien asiakkaiden juomatapa saattaa muuttua epäsiistiksi, jollei juomiseen puututa ajoissa. (Taittonen 2011.)

3.2 Sairaus ja ikääntyminen päihdehoitotyön erityishaasteena

Ikääntyvällä päihteidenkäyttäjällä on omat erityispiirteensä. Ikääntyneen elimistö ei kestä yhtä suuria alkoholimääriä kuin aiemmin ja alkoholi poistuu aineenvaihdunnasta hitaasti. Humalatila ja muut haitat tulevat nopeasti. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 154.)

Yhteisvaikutukset alkoholin ja eri sairauksien kanssa saattavat olla yllättäviä, samoin yhteisvaikutukset alkoholin ja tiettyjen lääkkeiden kanssa. Lääkkeitä, joiden kanssa alkoholia ei tule käyttää ovat unilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet, epilepsialääkkeet, allergialääkkeet ja eräät kipu- ja masennuslääkkeet. Kotihoidon asiakkaiden, jotka syövät diabeteslääkkeitä, tulehduskipulääkkeitä, nesteenpoistolääkkeitä, verenohennuslääkkeitä, eturauhasen liikakasvulääkkeitä tai sydän- ja verisuonilääkkeitä, tulee nauttia alkoholia varoen. Alkoholi voi aiheuttaa pahoja yhteisvaikutuksia, siksi sekä sairaus että lääkitys ovat huono yhdistelmä alkoholin kanssa. Jotkin lääkkeet myös vahvistavat alkoholin vaikutusta. (Havio ym. 2009, 195–196.)

Alkoholi voi muuttaa lääkeaineiden kinetiikkaa imeytymisen, metabolian ja jakautumisen yhteydessä. Alkoholin käyttö vaikuttaa myös siihen, miten lääkkeitä muistaa ottaa. Alkoholin ja tulehduskipulääkkeiden yhtäaikainen käyttö saattaa aiheuttaa verenvuotoa ruuansulatuskanavassa ja hidastaa veren hyytymistä. Parasetamoli saattaa aiheuttaa alkoholin käyttäjälle maksavaurioita. Varfariinia käytettäessä alkoholin tilapäinen käyttö saattaa aiheuttaa vuotoa. Pitkäaikainen käyttö taas vaikuttaa päinvastoin. Diabeetikon tulee välttää alkoholin käyttöä, koska alkoholi vaikuttaa sokeritasapainoon monin eri tavoin. Se muun muassa lisää insuliinin ja sulfonyyliureoiden hypoglykeemisiä vaikutuksia. Pitkäaikainen alkoholin käyttö vähentää lääkkeen vaikutusta ja lyhytaikainen puolestaan lisää sitä. (Seppälä 2010, 194–195.)

Alkoholin ongelmakäyttöön liittyy sairauksia ja terveysongelmia. Kotihoidon asiakkaalla saattaa olla iän tuomia oireita, huimausta, uniongelmia, verenpaineen tai verensokerin heittelyitä, joita alkoholi vahvistaa entisestään. Alkoholin käyttö lisää maksa- ja haimasairauksia sekä nostaa riskiä sairastua ruuansulatuskanavan syöpään ja rintasyöpään. Aivoverenvuoto, aivovammat ja alkoholiepilepsia ovat yleisempiä muuhun väestöön verrattuna. Alkoholimyrkytykseen kuolee vuosittain lähes 600 ihmistä. Lisäksi alkoholin ongelmakäyttäjät kärsivät riipulista, iho-ongelmista, eteisvärinästä, kardiomyopatiasta, dementiasta ja mielenterveysongelmista. (Käypä hoito 2011.)

Tutkimusten mukaan yksinäiset ihmiset käyttävät enemmän sekä alkoholia että lääkkeitä. Iän mukana yksinäisyys yleensä lisääntyy. Alkoholia saatetaan käyttää ahdistuksen ja kivun lievitykseen tai parantamaan unen saantia. Häpeäminen omasta juomisesta estää avun pyytämistä alkoholiongelmaan ajoissa. Etenkin naiset häpeävät juomistaan ja kieltävät sen jopa itseltään. Tämä aiheuttaa sosiaalisten suhteiden vähentymisen entisestään. (Havio ym. 2009, 197.)

Ikääntyneille asiakkaille ei ole olemassa erityisiä päihdepalveluja. Usein toivotaan, että myös ikääntynyt päihdeongelmainen voisi saada avun peruspalveluista. (Havio ym. 2009, 197.) Käytännössä kotihoidon iäkkäät ja nuoremmatkin asiakkaat ovat fyysisesti niin huonokuntoisia, etteivät he pärjää samoilla peruspalveluavuuilla kuin muu väestö. Katkaisu- ja kuntoutushoidon esteeksi voi nousta esimerkiksi asiakkaan käyttämä pyörätuoli. Toisaalta asiakas voi olla fyysisesti hyväkuntoinen, mutta asiakkaan sairastama muistisairaus estää pääsyn asianmukaiseen hoitoon.

3.3 Työntekijöiden asenteet päihdeasiakkaita kohtaan

Päihteiden käytön puheeksiotto koetaan vaikeaksi. Työntekijät saattavat miettiä, onko heillä oikeutta ottaa asiaa puheeksi. Toisaalta voidaan kysyä, onko oikeutta jättää ottamatta. Esteenä voidaan kokea kiire ja työpaineet, koska puheeksi otosta saattaa seurata lisätyötä. Haastetta ei pitäisi väistää, mutta kysymyksen ajoitus ja rakentava lähestymistapa on tärkeä muistaa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 234.)

Taittonen (2011) on tutkimuksessaan tarkastellut päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaamista kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Tutkimuksessa on tarkasteltu, miten kotihoidon työntekijät tulkitsevat asiakkaan päihteidenkäyttöä, mikä on työntekijöiden oma rooli suhteessa päihteitä käyttävään asiakkaaseen ja mitä eettisiä ongelmia asiakkaan juominen aiheuttaa työntekijän näkökulmasta. Eettisen näkökulman lisäksi Taittonen tarkastelee asiakkaan itsemääräämisoikeutta.

Tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijät kokevat usein olevansa ainoita, jotka auttavat juovaa kotihoidon asiakasta. Työntekijöiden kokemuksen mukaan he jäävät yksin päihteitä käyttävän asiakkaan kanssa, eikä heillä ole aina keinoja auttaa asiakasta. Muut terveydenhuollon tahot eivät välitä tai eivät kiinnitä asiakkaan juomiseen tarpeeksi huomiota. Tutkimuksessa nousee esille moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen tärkeys. (Taittonen 2011.)

Hoitotyön keskeinen osa on asiakkaan ja työntekijän kohtaaminen ja vuorovaikutus. Kohtaamisissa ovat mukana molempien taustat, arvot ja asenteet. Työntekijän ammatillinen vuorovaikutus ja ammatti-identiteetti sisältävät eettisen tietouden itsestään. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille on olemassa eettisiä ohjeita, joiden tarkoituksena on auttaa työntekijää päätöksenteossa ja eettisissä ristiriitatilanteissa. Sosiaali- ja terveysalalla työn perustana toimii lainsäädäntö. Se ei kuitenkaan tarkoita samaa asiaa kuin eettisyys, eikä laki takaa aina oikeudenmukaisuutta. Etiikan tehtävänä on tukea ratkaisuissa valintoja, jolloin arvojen merkitys korostuu. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 240–241.)

Päihdeongelmaisten hoidossa syntyy eettisiä ristiriitatilanteita usein. Silloin voi hyödyntää eettisiä ohjeita. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittaminen voi ristiriitatilanteissa olla vaikeaa. Yhtä oikeaa vastausta tällaisiin tilanteisiin ei ole, vaan tilanteen mukaan on toimittava mahdollisimman eettisesti. Työyhteisön keskinäinen keskustelu aiheesta on tärkeää. Muiden tuki ja kokemukset auttavat jaksamaan haasteellisissa tilanteissa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 241–242.)

Päihdeasiakkaiden kohtaaminen herättää aina tunteita, usein pelkoa ja epävarmuutta. Usein pelätään asiakkaiden mahdollista väkivaltaisuutta. Pelko ja epävarmuus johtuvat yleensä tiedon puutteesta, koska päihdeasiakkaiden hoidosta ei ole tarpeeksi tietoa. Ammatillinen ja asiallinen asiakkaan kohtelu yleensä auttaa, koska monet päihdeasiakkaat itse odottavat huonompaa kohtelua. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 242.)

Hynninen ja Takkunen (2010) tuovat opinnäyteyössään esille kotihoidon työntekijöiden näkökulman siitä, miten työntekijät kohtaavat päihdeasiakkaan ja miten raskaana päihteitä käyttävä asiakas koetaan. Tutkimuksessa todetaan, että päihteidenkäyttäjä kotihoidossa lisää selkeästi kotihoitotyön rasittavuutta. Päihdeongelma kotihoidon asiakkailta ilmenee työntekijöiden mukaan yhteistyöhaluttomuutena, aggressiivisuutena, hoitoon sitoutumattomuutena ja terveydellisinä ja taloudellisina ongelmina. Päihtynyt asiakas puolestaan herättää työntekijässä monenlaisia tunteita, muun muassa sääliä, turhautumista, ärtymystä ja eettisiä ja moraalisia kysymyksiä. Tutkimuksen mukaan työntekijöiden tuntemukset ovat pääasiassa negatiivisia.

Päihdeasiakkaiden hoitaminen herättää yleensä aina työyhteisössä ristiriitoja. Työntekijöillä voi olla erimielisyyksiä asiakkaiden hoidosta ja hoidon linjauksista. Ristiriitoja tuo myös tieto siitä, etteivät asiakkaat halua ottaa apua vastaan, vaikka sitä heille tarjotaan. Työntekijän onkin hyväksyttävä oma rajallisuutensa ja se, että asiakkaan muutoshalu lähtee ihmisestä itsestään. Päihderiippuvuus ja sen ymmärtäminen ilmiönä auttavat yleensä työntekijöitä kohtaamaan päihdeongelmaisia asiakkaita. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 242.)

Hynnisen ja Takkusen (2010) tutkimuksessa työntekijät kokivat päihdeasiakkaiden hoitamisen henkisesti raskaana. Syiksi mainitaan yhteisten linjojen ja toimintatapojen puuttuminen sekä vastuukysymykset. Päihdeasiakkaiden tilanteen vaihtuvuus koetaan raskaana. Se vaikeuttaa hoitotyötä ja sen suunnittelua. Tärkeiksi ja työtaakkaa helpottaviksi asioiksi tutkimuksessa nousee esille verkostopalaverit sekä yhteistyö päihdepalvelutahojen kanssa. Koulutusta toivotaan päihdeasiakkaan kohtaamiseen ja eettisiin kysymyksiin. Esimiehiltä odotetaan myös selkeää puuttumista ja ohjeistusta työhön.

Taittonen (2011) kuvaa tutkimuksensa johtopäätöksessä, että kotona tehtävä hoitotyö päihteitä käyttävän asiakkaan luona on haasteellista. Kotona tehtävässä työssä korostuu asiakkaan itsemääräämisoikeus ja se aiheuttaa eettisiä ristiriitoja. Työntekijät kokevat mahdollistavansa asiakkaiden juomisen hoitamalla heitä ja toisaalta työntekijöillä ei ole edes välineitä eikä resursseja puuttua juomiseen. Tutkimukseen osallistuvilla ei ollut tarpeeksi tietoa päihdehoitopalve-

luista ja tutkimuksen perusteella kotihoitoon tarvitaan entistä suunnitelmallisempaa työtettä ja toimintatapoja. Hoitosuunnitelma työvälineenä, koulutukset ja verkosto omaisten ja muiden ammatillisten tahojen välillä nousee tutkimuksessa avainasemaan. (Taittonen 2011.)

Työnohjausta on pitkään käytetty työn laadunparantamiseksi ja henkilökunnan jaksamisen lisäämiseksi. Päihdehoitotyötä tekevillä työnohjaus lisää ammattitaitoa ja osaamista sekä jaksamista ja voimavaroja. Ammattitaidon kehittämisessä on tärkeää myös käsitellä omia päihteiden käyttöön liittyviä tunteita. Työnohjaus on hyvä tapa kehittää työyhteisöä ja vaikuttaa päihdeongelmaisiin liittyviin asenteisiin. Se lisää yksimielisyyttä ja yhteistyötä, jota hyvä päihdehoito edellyttää. (Inkinen ym. 2000, 225–226.)

3.3.1 Hoitoon ja kuntoutukseen vaikuttava motivointi

Laitila (2010) on tutkinut väitöskirjassaan asiakkaan osallisuutta mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkimuksessa on otettu huomioon sekä asiakkaan että työntekijän näkökulma. Tuloksia voidaan myös soveltaa kotihoidon asiakkaisiin ja työntekijöihin. Tutkimuksessa tulee esille, että asiakkaan kuntoutumiseen ja hoitoon motivoitumiseen vaikuttaa asiakkaan oma osallistuminen ja asiakaslähtöisyys. Tämä toteutuu työntekijöiden ottaessa asiakas huomioon ja kuunnellessaan heitä. Työntekijöiden ystävällisyys ja kunnioittava työote vaikuttaa asiakkaan omaan motivoitumiseen. Työntekijöiden mielestä asiakkaat eivät ole osallisena omaan hoitoonsa mielenterveys- ja päihdetyössä. Tämän uskotaan johtuvan siitä, että aina ei ole aikaa eikä resursseja, ja myös hierarkia ja työyhteisö vaikuttavat asiakaslähtöisyyden toteutumiseen.

Asiakaslähtöinen työtapa vie enemmän aikaa, mutta se myös helpottaa yhteistyötä asiakkaiden kanssa. Joustavuus, työyhteisön yhteiset pelisäännöt sekä työntekijöitä tukeva esimies auttaa jaksamaan ja tekemään töitä yhdessä asiakkaan kanssa. Tutkimuksessa tulee selkeästi esille, että asenteisiin ja työmotivaatioon vaikuttavat koulutus ja työpaikan kulttuuri. (Laitila 2010.)

Päihdehoitotyössä työntekijän motivaatio on tärkeää. Työntekijän mukanaolo työn kehittämisessä lisää motivaatiota. Aina ei tarvitse keksiä uusia toimintamalleja, vaan erilaista tietoa voi kerätä ja poimia omalle työyhteisölle sopivimmat käytännöt. Osallistuva ja vuorovaikutteinen työtapa lisää sitoutumista. (Ylönen 2011.)

Kotihoidon päihdeasiakkaiden oma motivaatio päihteidenkäytön lopettamiseen on usein kadonnut. Heidän erilaiset fyysiset ja psyykkiset ongelmat ehkäisevät motivaation syntyä. Kotihoidon työntekijän yhtenä tehtävänä on pyrkiä edesauttamaan asiakkaan motivoitumista päihteiden käytön lopettamiseen. Tavoitteena on lisätä asiakkaan halua tasapainoisempaan elämään ja riippuvuudesta irtautumiseen sekä tukea hänen eheytymistään omaksi itsekseen. Motivointi muutokseen on osa hoitotyötä. Riippuvuuden tärkeimpiä hoitomuotoja on auttaa asiakasta itsensä hoitamiseen, arvostamiseen ja terveyden edistämiseen. (Hirschovits 2008, 42–44.)

Muutokseen motivoivalta hoitajalta edellytetään kykyä osoittaa empatiaa, ymmärrystä ja myötätuntoa. Hoitaja osoittaa kiinnostuksensa sanoilla, ilmeillä ja eleillä. Hoitaja vahvistaa päihteidenkäyttäjän uskoa muutokseen ja auttaa häntä itse puhumaan muutoksen puolesta. Vastuu ratkaisusta on päihteidenkäyttäjällä itsellään, mutta hoitajan luoma luottamus ja optimismi edistävät muutosta. Hoitajan tehtävänä on voimistaa ristiriitaa tavoitteiden ja arvojen sekä päihteiden käytön välillä. Jos päihteidenkäyttäjä alkaa väitellä, kieltää tai vähätellä ongelmaansa, on syytä vaihtaa aihetta. Tavoitteena on vähentää vastustusta, ei lisätä sitä. (Hirschovits 2008, 45.)

Hoitajan täytyy kuunnella asiakasta ja olla valmis puuttumaan heti, jos asiakas ilmaisee halunsa vähentää tai lopettaa päihteiden käytön. Tärkeää on antaa asiakkaalle aikaa ja mahdollisuus puhua asiasta. Luottamuksellinen suhde asiakkaan ja hoitajan välillä on ensiarvoisen tärkeää.

3.4 Päihdehoitotyön yhteiskunnallinen ilmapiiri

Alkoholin käyttö on Suomessa yleistä ja se on ollut osana kulttuuriamme jo kauan. Yhteiskunnallisesti alkoholin väärinkäyttö aiheuttaa suuria kustannuksia. Terveystieteiden- ja sairaanhoitokustannusten lisäksi alkoholin väärinkäyttö aiheuttaa yhteiskunnallemme vahinkoa esimerkiksi väkivaltarikosten muodossa. (Decibel i.a.) Väkivaltaan ja sen uhriksi joutumisella on suuri yhteys alkoholin käyttöön (Inkinen ym. 2000, 143). Suomessa ihmiset juovat humalanhakuisesti ja se on yleisesti hyväksyttävä rentoutumismuoto. Huumausaineiden lisääntymisestä huolimatta alkoholi on edelleen Suomessa eniten käytetty päihde. Huumausaineisiin suhtautuminen on kielteistä ja se yhdistetään usein rikollisuuteen. (Inkinen ym. 2000, 85.)

Alkoholin käyttö aiheuttaa sosiaalisia ongelmia, fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia sekä loukkaantumisia ja ennenaikaisia kuolemia. Liitännäisvaikutuksina alkoholin käytössä ovat väkivalta, tapaturmat ja itsemurhat. Suurin osa alkoholin aiheuttamista ongelmista liittyy alkoholin käytön suurkulutukseen. (Kaner ym. 2009.) Alkoholin runsas käyttö lisää sairastuvuutta ja pahentaa muiden sairauksien oireita. Alkoholin liikakäyttö selittää suuren osan työikäisten suomalaisten kuolemista sekä on syynä sosiaaliryhmien terveyseroissa. Se pahentaa myös syrjäytymistä ja sen käyttö onkin lisääntynyt alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Suurin riski kuolla tai sairastua alkoholin vaikutuksesta on pitkäaikaisesti työttömillä ja työikäisillä eläkeläisillä. Alkoholin kulutus on kasvanut ja sen myötä myös haittavaikutukset lisääntyneet vuoden 2004 jälkeen alkoholin hinnan laskiessa. (Mäkelä & Vesalainen 2012.)

Yksilön alkoholin käyttöä rajaavat ja ohjaavat yhteiskunnan toimintatavat ja ratkaisut. Yhteiskunnan toiminta vaikuttaa siihen, miten alkoholiongelmaista ihmistä hoidetaan. Sosiaali- ja terveysministeriö on ottanut vastuun alkoholipolitiikasta ja alkoholin käytön aiheuttamista haittojen ehkäisemisestä. Kaikki toimijat, jotka tekevät työtä alkoholihaittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi tulee sovittaa yhteen alkoholiohjelman avulla. Kansainvälinen yhteistyö edistää alkoholipolitiikkaa. Julkisen vallan tulee tukea ihmisiä ja yhteisöjä alkoholin haittojen

vähentämiseksi. Alkoholipolitiikan tähtäimenä onkin muuttaa kulttuuria ja näin vähentää alkoholista aiheutuvia haittoja. (Alkoholiohjelma 2004, 19.)

Kunnat ovat avainasemassa päihdehaittojen vähentämisessä ja ennaltaehkäisyssä. Kunnissa eri toimialat toimivat yhteistyössä ja päihdetyötä suunnitellaan moniammatillisesti. Osana hyvinvointiohjelmaa kunnat laativat päihdestrategian, jossa määritellään vastuutahot ja seuranta. Kunnat ovat vakiinnuttaneet riskien arvioinnin ja mini-intervention osaksi perus- ja työterveyshuoltoa. Tavoitteena on löytää ja puuttua ajoissa alkoholin riskikäyttöön ja sen aiheuttamiin ongelmiin. Päihdehuoltolain ja päihdepalvelujen laatusuosituksen mukaisesti tavoitteena on riittävä ja oikea-aikainen hoito päihdeongelmaisille. (Alkoholiohjelma 2004, 55–57.)

Suuren haasteen yhteiskunnalle luo päihteiden ongelmakäyttöön liittyvä hoidon tarve. Laadukas toiminta edellyttää kehittämistä peruspalveluissa. Yleisissä palveluissa onkin nimetty päihdetyöntekijä, jonka tehtävänä on asiakastyön lisäksi kouluttaa ja edesauttaa yhteistyötä eri tahojen kanssa. (Alkoholiohjelma 2004, 57.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton päihdepalvelujen suosituksissa tuodaan esille toimia, joilla kasvavaa hoidon tarvetta voidaan parantaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle tulee järjestää päihdehoitokoulutusta sekä lisätä moniammatillista yhteistyötä. Asiakkaan hoitoon pääsyn pitää tapahtua joustavasti ja henkilökunnan jaksamisesta sekä resurssien riittävydestä tulee huolehtia. (Alkoholiohjelma 2004, 57–58.)

4 TYÖMENETELMIÄ PÄIHTEIDEN PUHEEKSIOTTOON

Alkoholin kulutusta mittaavia kyselyjä ja esitteitä on käytössä laajasti. Ne soveltuvat keskustelun pohjaksi asiakaskontakteissa. Esitteet Otetaan selvää! ja Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet soveltuvat myös annettavaksi asiakkaalle mukaan. Esitteissä on tietoa alkoholin vaikutuksista elimistöön ja lääkkeisiin. (Alho 2011, 12.)

Raatikainen ja Sieppi (2009) tutkivat opinnäytetyössään päihdekyselylomakkeen soveltuvuutta ikääntyneiden päihteiden suurkulutuksen ja ongelmakäytön varhaiseksi tunnistamiseksi. Tutkimuksen tukena käytettiin Sosiaali- ja terveysministeriön Otetaan selvää! opasta. Oppaan hyödyllisyydestä todetaan, että kyselylomakkeiden avulla on helpompi ottaa päihteiden käyttö puheeksi. Päihdekyselylomake on hyvä apuväline, kun halutaan ohjeistaa asiakasta ja kertoa alkoholin haittavaikutuksista. Kyselyn koetaan olevan selkeä ja asiakkaiden on helppo vastata kysymyksiin. Tutkimuksessa todetaan, että kysely soveltuu hyvin lyhyelläkin kotikäynnillä tehtäväksi sekä myös ryhmissä käytettäväksi. Kysymyksien avulla työntekijä pystyy havainnollistamaan asiakkaan alkoholin käyttömäärää ja tekemään sen konkreettisemmaksi asiakkaalle itselleen. Vaikka tutkimuksessa asiakkaiden vastauksien rehellisyyttä ajoittain epäiltiin, tultiin siihen tulokseen, että keskustelua juomisesta kannattaa silti jatkaa asiakkaan kanssa.

Juomapäiväkirja on hyvä työväline alkoholin kulutuksen seurannassa. Sen avulla asiakas itse konkreettisesti näkee, miten paljon ja missä tilanteissa hän käyttää alkoholia. Asiakkaan kanssa on hyvä käydä päiväkirja läpi ja keskustella yhdessä käyttötavan riskeistä.

Ammattilaisten työvälineiksi sopivat päihdekyselyt, joita ovat AUDIT-, AUDIT-C, SADD-, CAGA-, DAST- ja DUDIT-kyselyt. Kun riskirajat ylittyvät, voi hoitaja tuoda esille huolestumisensa vedoten haastattelun tuloksiin. (Helamo 2008, 254.) AUDIT-testillä (Liite 1) pyritään löytämään ne asiakkaat, joiden juomisesta saatetaan aiheutua ongelmia, ja pyrkiä ennaltaehkäisemään niitä. Kysymyksillä selvitetään, kuinka usein ja kuinka paljon asiakas juo, ja mitä seurauksia alkoholin

käyttö on aiheuttanut. Vastaukset antavat viitteitä alkoholiriippuvuudesta. Tulokset saadaan yhteenlasketuista pisteistä. Riskiraja on kahdeksan pistettä, mikä kertoo, että ellei juomatavoissa tapahdu muutosta, alkoholin aiheuttamat haitat lisääntyvät. Mitä korkeampi pistemäärä sen vakavammat haitat alkoholista on. AUDIT-C on lyhennetty versio AUDIT-kyselystä. Sillä selvitetään kuinka paljon ja kuinka usein asiakas juo. (Päihdelinkki 2011.)

SADD-testillä (Liite 2) pyritään tarkentamaan onko alkoholiongelma lievä, keski-vaikea vai vaikea. Testissä on 17 kysymystä, mitä enemmän pisteitä testistä saa, sitä vaikeampi alkoholiongelma on. Testiä voidaan käyttää hoidontarvetta ja hoitopaikkaa arvioitaessa. Testissä kuvataan viimeisen 12 kuukauden jaksoa. (Päihdelinkki 2011.)

Alkoholiongelman toteaminen on usein vaikeaa. Elintapakysymyksiin voi helposti liittää CAGE-kysymykset:

Oletko ajatellut, että sinun pitäisi vähentää juomistasi?
Onko juomistasi moitittu?
Oletko tuntenut syyllisyyttä juomisesi tähden?
Oletko ottanut krapularyyppyjä?

Alkoholiongelmaa voi epäillä, jos toistuvasti asiakas vastaa kahteen kysymykseen kyllä (Salaspuro 2012).

DAST-testillä (Liite 3) selvitetään huumaavien aineiden käyttöä viimeisen 12 kuukauden ajalta. Kysymyksillä kartoitetaan joko reseptilääkkeiden tai käsi-kauppalääkkeiden liikkakäyttöä tai huumaavien aineiden käyttöä muuhun kuin lääkinnälliseen tarkoitukseen. DUDIT-testin avulla saadaan tarkempaa tietoa huumeiden käytön aiheuttamista ongelmista ja sitä käytetään apuna hoitoa ja kuntoutusta mietittäessä. (Päihdelinkki 2011.)

4.1 Motivoiva haastattelu työmenetelmänä

Motivoiva haastattelu on lähtöisin Yhdysvalloista, jossa sen kehitti psykologi William Miller. Motivoiva haastattelu on syntynyt kliinisestä kokemuksesta, ei teoriasta, ja alun perin se kehitettiin päihdeongelmista kärsivien ihmisten hoitamiseen. Nykypäivänä menetelmän on havaittu toimivan myös muilla terveydenhuollon osa-alueilla. Motivoivassa haastattelussa keskitytään asiakkaan tunteisiin ja ajatuksiin tavoitteena saada häntä kyseenalaistamaan ajattelumallinsa ja tapansa ratkaista ongelmiaan. (Suhonen i.a.)

Motivoiva haastattelu on ohjausmenetelmä, jonka tavoitteena on voimistaa ihmisen sisäistä halua muutokseen. Se on ”tapa ja tyyli” olla asiakkaan kanssa. Asiakkaan kanssa puhutaan muutoksesta, tutkitaan ja pyritään tunnistamaan ristiriitoja. Se on tavoitteellista työskentelyä, jossa ei neuvota eikä tehdä tulkin-toja. Motivoivan haastattelun lähtökohtana on, että muutokseen liittyy ambivalenssi kokemus. Tehtävänä on tunnistaa erilaisia ajatuksia ja tunteita sekä tutkia niitä. (Ehrling 2012.)

Motivoivassa haastattelussa keskustellaan ongelmista ja siitä, mitä hyötyä tai haittaa on eri ratkaisusta asiakkaan omien tavoitteiden kannalta. Työntekijä ilmaisee empatiaa, tuo esille ristiriitaa nykyisyyden ja toiveena olevan välille, mutta ei tuomitse, jos asiakas ei ole valmis muutokseen. Asiakkaan omaa uskoa muutokseen tulee vahvistaa. Työntekijän täytyy olla tietoinen omasta suhtautumisestaan eikä hän saa ajatella omalla työllään muuttavansa ihmistä. Hänen täytyy pystyä kuuntelemaan aktiivisesti ja tunnistaa muutospuhetta sekä vahvistaa sitä. (Ehrling 2012.)

Asiakkaan oma sitoutuminen on motivoivan haastattelun työskentelyn perusta. Työntekijän tehtävänä on kuunnella ja ymmärtää, mistä asiakkaan tilanteessa on kyse. Kuuntelemisessa käytetään avoimia kysymyksiä, reflektioita, yhteenve-toja ja kannustamista. On hyvä tutkia myös asiakkaan arvoja ja toiveita. Asiakas otetaan mukaan työskentelyn suunnitteluun; yhdessä käsitellään asiakkaan kysymyksiä, sanoitetaan huolia ja kunnioitetaan asiakkaan arvoja. (Ehrling 2012.)

Motivoivan haastattelun on huomattu toimivan erityisesti vaikeasti hoitoon sitoutuvien asiakkaiden kohdalla. Myönteinen sosiaalinen kanssakäyminen vaikuttaa motivaatioon positiivisesti. Työntekijän avoimuus, uteliaisuus ja viereen asettuminen auttaa asiakasta luottamaan ja sitoutumaan yhteistyöhön. Motivoiva haastattelu on kehitetty riippuvuuksien hoitoon, mutta se on levinnyt muihinkin terveydenhuollon tilanteisiin, joissa kohdataan muutostarpeessa olevia ihmisiä. Sitä voidaan käyttää itsenäisesti tai osana muuta hoitoa. Motivoiva haastattelu on tutkimuksilla todettu vaikuttavaksi. (Ehrling 2012.)

4.1.1 Motivoivan haastattelun vaiheet

Motivoivassa työskentelytavassa asiakkaan ajatuksia ja käsityksiä tarkastelemalla voidaan vaikuttaa tunteisiin ja käyttäytymiseen. Siinä työskennellään asiakkaan ristiriitojen kanssa ja autetaan muutosta kohti. (Inkinen ym. 2000, 34.) Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeistä, mutta kuitenkin työntekijän ohjaama. Hoitohaastattelu lähtee siitä muutoksen vaiheesta, jossa asiakas haastattelutilanteessa on. Yleensä päihteiden käyttäjät ottavat apua vastaan niin sanotussa harkintavaiheessa, jossa asiakas tiedostaa muutoksen tarpeellisuuden, mutta lyhyen tähtäimen suunnitelmana päihteiden käyttö on merkittävämpi. (Havio ym. 2009, 128.)

Case-esimerkki

Kotihoidon asiakkaana on yksin asuva 65-vuotias nainen. Asiakas jäi leskeksi vuosi sitten. Miehen vielä eläessä asiakas vietti miehensä kanssa aktiivista elämää golfaten ja matkustellen. Alkoholi kuului jo tuolloin hyvin vahvasti molempien elämään. Miehen kuoltua äkillisesti asiakas jäi koiran kanssa asumaan isoon asuntoon. Nyt koirakin on kuollut ja asiakas kokee olevansa täysin yksin. Asiakkaalla ei ole lapsia, hänen lähin omaisensa on veljen poika, joka asuu muualla ja käy hoitamassa lähinnä asiakkaan raha-asioita. Asiakkaan naapuri käy lähes päivittäin asiakkaan luona. Asiakkaalla on ristiriitaiset tunteet naapuria kohtaan, toisaalta hän odottaa tätä käymään, mutta toisaalta hän kokee naapurin käynnit painostuksena. Asiakas juo alkoholia päivittäin eikä halua

naapurin siitä tietävän, koska tuntee juomisestaan häpeää. Kotihoito käy asiakkaan luona kerran viikossa jakamassa asiakkaan lääkkeitä ja tarkistamassa asiakkaan voinnin. Kotihoidolle asiakas on avoimesti kertonut päihdeongelmastaan, hänelle on ehdotettu aiemmin katkaisuhoidoa, mutta asiakas on siitä kieltäytynyt. Veljen poika on myös tietoinen asiakkaan päihteiden käytöstä.

1. Käytä avoimia kysymyksiä

Avoimet kysymykset ovat kysymyksiä, jotka alkavat sanoilla mikä, mitä, miten, milloin, kuka, kuinka ja niin edelleen. Esimerkiksi kuinka huolissasi itse olet tällä hetkellä juomisestasi, on avoin kysymys. Avoimet kysymykset auttavat asiakasta pohtimaan tilannettaan tarkemmin kuin suljetut kysymykset, esimerkiksi juotko tai haluatko, johon asiakas voi vastata yhdellä sanalla en tai kyllä. Miksi-kysymystä tulee välttää sen syyllistävän sävyn takia. (Havio ym. 2009, 130.)

Case-esimerkki

Hoitaja: Kuinka paljon olet viikon aikana juonut?

Asiakas: Joka päivä vähän, ei se niin paljoa ole. No, olutta pari pulloa ja vähän kirkasta lisäksi.

Hoitaja: Kuinka huolissasi olet tällä hetkellä juomisestasi?

Asiakas: En nyt niin huolissani. Tai olenhan minä aika paljon, mutta yritän ajatella, etten ole.

Hoitaja: Mikä sinua eniten huolestuttaa?

Asiakas: Eilen naapuri soitti ovikelloa enkä avannut ovea, koska olin jo aamulla juonut olutta. Häpeän itseäni, koska olen tällainen.

Hoitaja: Mitä tarkoitat tällaisella?

Asiakas: No, sitä kun en pysty lopettamaan juomista, vaikka haluaisin.

2. Heijastava kuunteleminen

Refleктоivalla eli heijastavalla kuuntelemisella autetaan asiakasta jatkamaan pohdintaansa. Heijastavassa kuuntelussa hoitaja voi toistaa asiakkaan sanat samoilla sanoilla, käyttää synonyymeja tai selventää asiakkaan sanoman uudelleen muotoiltuna. Näin asiakas kuulee itse aiemmin esittämät asiat uudelleen ja hän pystyy jatkamaan pohdintaansa niiden pohjalta. (Havio ym. 2009, 130.)

Case-esimerkki

Hoitaja: Olet kuitenkin pohtinut alkoholinkäyttöäsi?

Asiakas: Kyllä, mutta heti tuntuu siltä kuin kuristuisin.

Hoitaja: Sinusta tuntuu siltä, että alkoholi pitää sinua otteessaan?

Asiakas: Niin, juuri siltä minusta tällä hetkellä tuntuu. Voi kun tästä on niin vaikeaa puhua.

Hoitaja: Koet puhumisen vaikeaksi, mutta olet selviytynyt siitä hienosti.

Osoita empatiaa sanoilla, ilmeillä ja eleillä, ilmaise kiinnostuksesi asiakkaaseen. Empatiaa pystyt osoittamaan myös hyvällä katsekontaktilla, kehon suunnalla ja asennolla, sanallisesti ja sanattomasti rohkaisemalla sekä välttämällä epäluulon ilmaisemista. Kuvaa asiakkaan tunnetiloja, käytä refleктоivaa kuuntelua. (Havio ym. 2009, 129.)

3. Vahvista asiakkaan uskoa muutoshkykyyn

Myönteisellä vahvistamisella tarkoitetaan sitä, että hoitaja antaa positiivista palautetta silloin, kun se on mahdollista. Asiakkaan puolustelevia lausumia, esimerkiksi muut juovat vielä enemmän, ei kannata vahvistaa, koska ne estävät itsensä motivointia. Positiivinen palaute vahvistaa asiakkaan jo olemassa olevia voimavaroja. Positiivinen palaute osoittaa myös luottamusta asiakkaan kykyyn muuttua. Asiakkaan oma usko muutokseen on tärkeää motivaation ylläpitämisessä. (Havio ym. 2009, 130.)

Case-esimerkki

Hoitaja: Vaikka alkoholinkäytöstä puhuminen ja sen pohdinta ovat sinulle vaikeita asioita, on hienoa, että olet jaksanut pohtia ongelmaasi.

Asiakas: No, ei se alkoholi nyt mikään ongelma sentään ole.

Hoitaja: Mutta juurihan kerroit, että olet viime aikoina juonut joka päivä.

Asiakas: Totta, sitä on vain niin vaikea myöntää. Välillä ajattelen, että voisin kokeilla vähentää juomistani, koska kokonaan lopettaminen tuntuu niin mahdottomalta ajatukselta.

Hoitaja: Osaat ajatella tilannettasi hyvin, juomisen vähentäminen on on hyvä ja realistinen tavoite.

Muutosta ei voi tyrkyttää tai pakottaa. Ratkaisut riippuvat ensisijaisesti asiakkaasta itsestään. Jos asiakas vastustelee, vaihda strategiaa ja hyödynnä hyökkäystä. (Ehrling 2012.)

4. Tiedon ja tietoisuuden kasvattaminen itseä motivoivien lauseiden avulla

Itseä motivoivien lauseiden merkitys perustuu siihen, että ihminen yleensä omaksuu sen näkemyksen, mihin hän päätyy oman järkeilynsä avulla. Itseä motivoivia lauseita on neljänlaisia; ongelman tunnistaminen, huolen ilmaiseminen, suora tai epäsuora toteamus muutosaikomuksesta ja optimismi muutoksen suhteen. Itseä motivoivia lauseita voidaan houkutella esiin avoimilla kysymyksillä tai heijastavilla toteamuksilla. Hoitaja voi vahvistaa asiakkaan motivoivia lauseita. (Havio ym. 2009, 130.)

Case-esimerkki

Asiakas: Onhan minun myönnettävä, että viinasta on ollut aika paljon harmia viime aikoina (= ongelman tunnistaminen). En ole voinut viettää naapurin kanssa aikaa niin paljon kuin olisin halunnut.

Hoitaja: Oletkin monta kertaa ilmaissut olevasi yksinäinen.

Asiakas: Olo on tuntunut viime aikoina yksinäiseltä. Veljen poika on

myös soittaessaan sen huomannut ja kysellyt kaikenlaista (= huolen ilmaiseminen).

Hoitaja: Hän on sinusta huolissaan, etenkin kun hän asuu niin kaukana, eikä pääse helposti käymään.

Asiakas: Tiedän. En voi jatkaa enää juomista tällä tavalla (= suora tai epäsuora toteamus muutosaikomuksesta).

Hoitaja: Veljen poikasi on varmasti helpottunut päätöksestäsi. Miten luulet muutoksen vaikuttavan sinuun itseesi?

Asiakas: Uskon, että voin itsekin sitten paremmin. En ole ulkoillutkaan pitkään aikaan, koska olen tuntenut itseni niin väsyneeksi, enkä oikein muutenkaan ole rohjennut lähteä ulos (= optimismi muutoksen suhteen)

Auta asiakasta itse puhumaan muutoksen puolesta. Muutosta motivoi riskiä tavoitteiden ja käyttäytymisen välillä. Muutosta voi motivoida miettimällä yhdessä asiakkaan kanssa, mitä myönteistä on päihteiden käytöstä saanut ja mitä haittoja siitä on seurannut, mitä haittoja muutos toisi tullessaan ja mitä hyötyä siitä olisi. (Ehring 2012.)

5. Yhteenvedon tekeminen ja objektiivinen arviointi

Yhteenvedo vahvistaa muutokseen sitoutumista. Yhteenvedossa hoitaja kertoo kaikki asiakkaan motivoivat lauseet ja tarkistaa, että asiakas on tullut ymmärretyksi. Yhteenvedossa on hyvä käydä läpi myös asiakkaan epäilykset ja varaukset. Asiakkaan ilmaistessa valmiutensa muutokseen, voidaan lähteä suunnittelemaan erilaisia vaihtoehtoja muutoksen toteuttamiseksi. Muutossuunnitelmaan kuuluu tavoitteiden asettaminen, muutosvaihtoehtojen harkitseminen ja konkreettisen suunnitelman tekeminen. Muutossuunnitelma ja muutos etenevät pienillä tavoitteilla. (Havio ym. 2009, 131.)

Case-esimerkki

Hoitaja: Olenko ymmärtänyt oikein, että koet alkoholista olleen viime aikoina niin paljon haittaa, että se on muodostunut sinulle ongelmaksi?

Asiakas: Kyllä, niin olen kokenut. Olen ollut niin yksinäinen.

Hoitaja: Nyt olet päättänyt, että on aika tehdä muutos.

Asiakas: Ei se taida kuitenkaan onnistua.

Hoitaja: Mikä mielestäsi pitää muuttua, että onnistuisit?

Asiakas: En ainakaan halua käydä enää kaupassa, koska sorrun aina ostamaan olutta.

Hoitaja: Voisitko ottaa naapurin mukaan ostoksille?

Asiakas: Niin, voisimme samalla tehdä pienen kävelylenkin.

Hoitaja: Hyvä ajatus. Mikä on tavoitteesi juomisen suhteen?

Asiakas: Jos voisin vähentää, niin se olisi hyvä alku.

Hoitaja: Voisit seurata juomisesi määrää ja tiheyttä juomapäiväkirjan avulla. Seuraavalla käynnillä arvioimme tilanteesi uudelleen.

Asiakas: Siihen voisin suostua, mutta hävettää, jos retkahdankin juomaan enemmän.

Hoitaja: Sinulla on ristiriitaisia tunteita, mutta voit helpottaa oloasi miettimällä, millaista elämäsi on, kun vähennät alkoholin käyttöäsi.

Asiakasta tulee muistuttaa, että muutos on prosessi, joka vie oman aikansa. Työntekijänä anna palautetta ja tukea muutoksen aikana ja vahvista uusia taitoja sekä ylläpidä onnistumisen kokemuksia. (Ehrling 2012.)

5 VERKOSTOITUMINEN KOTIHOIDOSSA

Työskentely päihdeongelmaisten kanssa vaatii moniammatilista tietoa ja osaamista. Verkostoituminen on nykyaikainen yhteistyömuoto, jota voi tapahtua oman organisaation sisällä omalla paikkakunnalla, omalla alueella, valtakunnallisesti tai kansainvälisesti. Verkostot voivat olla joko virallisia tai epävirallisia. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 271.)

Verkostosta voidaan puhua silloin, kun yhden asiakkaan auttamiseen vaaditaan enemmän kuin yhden asiakkaan ja yhden työntekijän välistä vuorovaikutusta. Verkostoon voivat kuulua perhe, ystävät, harrastukset, ammattiauttajat ja viranomaiset. Ihmisellä voi olla samanaikaisesti monia eri ongelmia, ja hän tarvitsee monen eri auttamisjärjestelmän apua. Hoitava työryhmä kootaan siten, että kaikki auttajatahot kootaan saman pöydän ääreen. Asiakkaan ongelmiin paneudutaan kokonaisvaltaisesti yhdessä. (Kröger 2008, 311–312.)

Verkostoivaa työtettä pidetään usein hankalana ja yhteisten tapaamisten järjestämiseen ei tunnu löytyvän aikaa. Haasteena ovat myös eri yksiköiden toimintatavat ja niiden yhteensovittaminen. Yhteisten toimintamallien löytäminen ja sopiminen on tärkeää verkostotyötä tekeville yksiköille. Informaation jakaminen auttavien viranomaisverkostojen kesken on yksi verkostotyön tärkeimpiä syitä. Viranomaisverkoston avulla saadaan jaettua työtehtäviä ja vastuualueita. (Kröger 2008, 314–315.)

Työ kotihoidossa on haastavaa ja siinä tarvitaan hoitajilta monen eri osaamisalan hallintaa. Päihdeasiakkaiden verkostotyöhön on alettu panostaa. Kotihoidon päihdeasiakkaat ovat yleensä moniongelmaisia, ja he tarvitsevat monen eri tahon apua. Tällöin verkostotyö on ensiarvoisen tärkeää. Verkostotyössä työntekijät voivat jakaa vastuuta ja huolta, jota asiakas aiheuttaa. Verkostokoukset antavat asiakkaalle myös kuvan, että hänestä välitetään ja hänen asioihinsa ja hoitamiseen paneudutaan. Asiakkaan hoito on myös kokonaisvaltaisempaa, kun eri viranomaistahot tekevät yhteistyötä.

Verkostotyötä helpottavia käytäntöjä ovat sopimukset verkostokokouksien järjestämisestä ja siitä, kuka kutsuu koolle ja keitä. Yhteiset hoitopolku- ja toimintamallit ja toimintalinjaukset eri yksiköiden kesken helpottavat työskentelyä. Yksiköissä valitaan vastuuhenkilöt, jotka osallistuvat verkostokokouksiin ja saavat koulutusta verkostoivasta työotteesta. (Kröger, 2008, 316.)

Verkostotapaamisen kutsuu yleensä koolle asiakkaan kohtaava taho, joka arvioi, että hoidon jäsentäminen ja vastuun jakaminen on sillä hetkellä tärkeää ja asiakkaan edun mukaista. Verkostokokouksessa tehdään sopimus asiakkaan hoitovastuista. Hoitosopimukset tehdään kirjallisesti asiakkaan kanssa. Hoitamisen päävastuu annetaan hoitopolkumallin ja asiakkaan kokonaistilanteen mukaisesti yhdelle yksikölle, joka tekee yhteistyötä muiden yksiköiden kanssa. Verkostoivan työotteen ja verkostokokousten myötä on henkilökunnan ja asiakkaan helpompi noudattaa sovittuja hoitokäytäntöjä, ja ongelmatilanteissa henkilökunnan yhteydenotto toiseen yksikköön on helpompaa. (Kröger 2008, 318–320.)

Hoitaja voi tehdä yksin tai yhdessä asiakkaan kanssa sosiaalisen verkostokartan, joka jaetaan perheen, sukulaisten, ystävien ja naapureiden ja viranomaisien sektoreihin. Verkostokartan avulla päihteidenkäyttäjää autetaan jäsentämään ihmissuhdeverkostoaan ja sen jäsenten tarjoamia ja käytettävissä olevia voimavaroja. Voimavarojen järjestelyllä ja yhteistyöverkoston luomisella pystytään parhaiten auttamaan päihteiden käyttäjää ja hänen läheisiään. (Inkinen ym. 2000, 21–22.)

6 PÄIHDEHOITOPALVELUT

Päihdehuoltolaissa (41/1986) 3 §:ssä kirjoitetaan, että kunnan on järjestettävä oman kuntansa päihdehuolto sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi, että se palvelee oman kuntansa asiakkaita. Palvelun järjestäminen kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveyshuollon osalta terveyslautakunnalle.

Erikoissairaanhoidon sijaan päihdepalveluita pyritään antamaan nykyään perusterveydenhuollossa. Avohoidossa onkin syytä kehittää päihdehoitoa ja monipuolistaa sitä enemmän kotiin päin vietäviksi palveluiksi. Päihde- ja mielenterveysongelmien lisääntyminen edellyttää koulutuksen lisäämistä perusterveydenhuoltoon sekä uusien käytäntöjen kehittämistä. Terveysdenhuollon piirissä tavataan entistä enemmän päihteiden käyttäjiä lisääntyneiden somaattisten ongelmien vuoksi. (Kekki & Partanen 2008.)

Kotihoidon asiakkaat ovat usein huonokuntoisia ja iäkkäitä. Katkaisuhoidot ovat yleensä fyysisesti ja psyykkisesti rasittavia ja vieroitusoireet saattavat olla hyvinkin rajuja ja pelottavia. Ikääntyvien ja huonokuntoisten päihteiden käyttäjien katkaisuhuoitotapa ja -paikka on aina mietittävä tapauskohtaisesti ja yksilöllisesti. Heidän katkaisuhuitoinsa on myös aina tapahduttava lääkärin valvonnassa.

Päihdehuollon tavoitteena on edistää ongelmakäyttäjien toimintakykyä ja turvallisuutta. Palveluita on tarjottava henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Avopalvelut ovat yleensä maksuttomia ja laitospalvelut maksullisia. Sosiaalivirastosta saa maksusitoumuksen, jos päihteidenkäyttäjä ei itse kykene hoitojaksoa maksamaan. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 129–130.)

Päihteidenkäyttäjän hoidon perustan määrittää tiedonkeruu ja hoidon tarpeen määrittely. Siihen kuuluu perustietojen, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen kartoittaminen. Erilaiset mittaukset, kuten verenpaine, pulssi, verensokeri ja virtsatesti sekä yleinen havainnointi, kuuluvat osana hoidon tarpeen määrittelyä. Pitkäaikaisissa hoitokontakteissa on päihdehistorian ja hoitokertojen kartoittaminen tarpeellista. Määrittelyn perustana ovat yksilölliset tarpeet, asiakkaan omat odotukset ja voimavarat. (Inkinen ym. 2000, 140.)

Pitkäaikaisen päihteidenkäytön lopettamisesta seuraa vieroitusoireyhtymä. Vieroitusoireet vaihtelevat päihteiden, käytetyn ajan ja yksilöllisten ominaisuuksien mukaan. Mitä runsaampaa ja pitkäaikaisempaa päihteiden käyttö on ollut, sitä voimakkaampia ja pitkäkestoisempia vieroitusoireet voivat olla. Vieroitusoireyhtymästä kärsivän oireet jaetaan lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin oireisiin. Lievät oireet kestävät yleensä muutaman päivän ja menevät sen jälkeen ohi. Keskivaikeita ja vaikeita vieroitusoireita ovat hikoilu, sydämen tykytys, pahoinvointi, oksentelu, päänsärky, vapina, ahdistus, levottomuus, unettomuus ja masennus. Nämä vieroitusoireet voivat kestää viidestä seitsemään vuorokautta. Vaikeissa oireissa voi esiintyä myös kouristuksia, näkö- ja kuuloharhoja, sekavuutta sekä desorientaatiota. Vieroitusoireista kärsivää asiakasta voidaan hoitaa monissa eri hoitoyksiköissä niin perusterveydenhuollon puolella kuin erikoissairaanhoidossakin sekä A-klinikoilla ja katkaisuhuoltoasemilla. (Inkinen ym. 2000, 147–150.)

6.1 A-klinikka

A-klinikka toiminta on tullut Suomeen Amerikasta 1950-luvulla. A-klinikan palvelut järjestetään moniammatillisesti. Työryhmään kuuluu lääkäri, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä. Hoitoon hakeutuminen on vapaaehtoista, ja hoito perustuu luottamukseen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 132.)

Sosiaaliviraston alaisuudessa toimii riippuvuusongelmiin erikoistuneita avohoitopaikkoja, jotka tarjoavat palveluja haitallisten riippuvuuksien hoitoon. Palvelut ovat luottamuksellisia, maksuttomia ja vapaaehtoisia. A-klinikan palvelujen tarkoituksena ja tavoitteena on alkoholin käytön lopettaminen ja sen haittojen vähentäminen, lääkkeiden ja huumeiden väärinkäytön lopettaminen ja päihteettömän elämäntavan opetteleminen. (Helsingin kaupunki 2011b.)

Pohjoisella A-klinikalla Maunulan toimipisteellä oli vuosina 2008–2010 projekti Ikäihmisten päihdehoitopolku. Projekti sai alkunsa, kun Helsingin pohjoisen alueen vanhushuollossa ja kotihoidossa ilmeni tarve yhteistyön tiivistämiselle A-

klinikan kanssa. Ikääntyvien ja liikuntarajoitteisten katkaisu- ja laitoshoitomahdollisuudet ovat vähäisiä. Projektin tarkoituksena oli vanhusten tarpeisiin soveltuvien työmenetelmien ja toimintamallien kehittäminen sekä kehittää kotiin vieviä päihdehoitopalveluja yhteistyössä A-klinikan, kotihoidon ja sosiaali- ja lähi työn kanssa. Projektin palkattiin yksi sairaanhoitaja, jonka tarkoituksena oli toimia kotihoidon, vanhuspalvelujen sekä A-klinikan kanssa yhteistyössä. Työmenetelminä käytettiin neuvontaa, ohjausta, kotikäyntejä ja hoitoneuvotteluja. Projektin sairaanhoitaja toimi tiiviissä yhteistyössä eri hoitotahojen kanssa, esimerkiksi kolmannen sektorin palvelut, vammaispalvelu, katkaisuhuoltoasemat, kuntoutuslaitokset ja palvelukeskukset. Projektin sairaanhoitaja teki kotikäyntejä ja arvioi asiakkaiden päihdehoitopalvelujen tarvetta yhteistyössä kotihoidon kanssa. Kotikäynneillä mukana oli kotihoidosta joko asiakkaan vastuuhoidtaja tai tiimin sairaanhoitaja. Ikääntyneiden asiakkaiden hoitoketjun sujuvuuteen vaikuttivat hoidon koordinointi ja palveluohjaus. (Ylipiha, Palve & Haapanen 2011.)

Projektin sairaanhoitaja kävi esittäytymässä kotihoidoissa ja teki projektia ja A-klinikan toimintaa tunnetuksi. Jos kotihoidon työntekijälle heräsi epäily asiakkaan päihteiden käytöstä, pystyi hän pyytämään projektin sairaanhoitajaa kanssaan kotikäynnille arvioimaan asiakkaan tilannetta. Projektin sairaanhoitaja ja kotihoidon työntekijä yhdessä asiakkaan kanssa laativat asiakkaalle hoitosuunnitelman ja tarvittaessa asiakkaalle järjestettiin katkaisuhuoltopaikka. Projektin sairaanhoitaja kartoitti asiakkaalle sopivan katkaisuhuoltopaikan ja sen jälkeisen kuntoutustarpeen. Sairaanhoitaja oli mukana koko hoitoprosessissa ja yhteistyöverkostojen selvittämisessä. Projektin aikana A-klinikan yhteistyö kotihoidon kanssa parantui ja asiakkaiden päihteiden käyttöön puuttuminen ja hoitoon ohjaus helpottui. Projektin suunniteltiin alun perin kahden vuoden mittaiseksi. Tällä hetkellä projektin sairaanhoitajan toimi on vakinaistettu ja projektin toimintamalli on tullut osaksi Maunulan A-klinikan toimintaa. (Ylipiha ym. 2011.)

Projektin aikana kehitettiin kotikatkaisumalli (Liite 4). Asiakkaan katkaisuhuito voidaan toteuttaa kotona omaisten, kotihoidon ja A-klinikan kanssa yhteistyössä. Kotikatkaisuhoidon jälkeen asiakkaalle järjestetään kuntoutusjakso Järvenpään sosiaalisairaalaan (Ylipiha ym. 2011.)

6.2 Katkaisuasemat

Katkaisu- ja vieroitushoidon tarkoituksena on katkaista päihdekierre ja vierottaa asiakas päihhteistä. Hoitoajat vaihtelevat muutamasta päivästä muutama viikkoihin. Laitosmuotoisessa katkaisussa annetaan sekä lääkkeellistä että lääkkeetöntä vieroitusta. Vakavasti huumeriippuvaisen vieroitushoito voidaan toteuttaa lääkkeellisenä hoitona suljetulla osastolla. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 136.)

Laitospaikat ovat tarkoitettu henkilöille, joille ei avokatkaisu sovi tai se ei muuten onnistu. Tavoitteena on vieroitusoireiden hoito ja komplikaatioiden ehkäisy. Hoito on ympärivuorokautista ja perustuu vapaaehtoisuuteen. Palveluntarve kartoitetaan ja arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmin. Tilannearvio tehdään yhdessä asiakkaan ja avohuollon kanssa, jonka jälkeen asiakas ja hoitotiimi katkaisuasemalla tekevät suunnitelman vieroituksen kestosta ja jatkohoidosta. (Helsingin kaupunki 2011c.)

Laitoskatkaisu on tarkoitettu niille ihmisille, jotka tarvitsevat lääkehoitoa vieroituksen onnistumiseksi. Tällöin tarvitaan myös ympärivuorokautista seurantaa. Vieroituslääkkeitä pyritään käyttämään vain katkaisuhoidon ajan ja alenevin annoksin. Tarkoitus on, että asiakkaan siirtyessä jatkokuntoutukseen tai kotiin lääkitys on loppunut. (Neuvoa Antavat 2011a.)

Päihhteidenkäyttäjät ovat nykypäivänä usein sekakäyttäjiä. Heillä voi olla henkeä uhkaavia tiloja, jolloin tarvitaan sairaalahoitoa. Asiakkaat, joilla on aikaisemmin esiintynyt kouristuskohtauksia, on syytä vieroittaa sairaalassa. Vieroitushoidossa käytettävä lääkitys on yleensä hoitopaikkakohtainen ja se lopetetaan alenevin annoksin hoitjakson päätyttyä. Asiakkaan fyysisen ja psyykkisen voinnin tulee olla tasaantunut, ennen kuin kuntouttava hoito on mahdollista. Tavoitteena on, että vieroituksen jälkeen kuntotuttava hoito jatkuu joko samassa yksikössä tai kuntoutuslaitoksessa. On todettu, että lyhyt vieroitus ilman kuntouttavaa jaksoa voi olla asiakkaalle hengenvaarallista, jos hän jatkaa sen jälkeen päihhteiden käyttöä. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 169–170.)

Päästäkseen katkaisuhuitoon on asiakkaan oltava A-klinikan asiakas. A-klinikalta tehdään lähete katkaisuhuitoapaikkaan. Katkaisuhuitolaitoksiin asiakkaan täytyy hakeutua arkiaamuisin klo 8–10 välillä, koska sinä aikana siellä tehdään arvio katkaisuhoidon tarpeesta. Kotihoidon asiakkaille tämä merkitsee sitä, että hänellä täytyy olla saattaja mukana. Kotihoidon asiakkaat, jotka käyttävät päihteitä, ovat usein hyvinkin huonossa kunnossa ja monisairaita. Tämän takia katkaisupaikan pitäisi olla paikka, jossa on myös sairaanhoidollista osaaamista ja jossa voi liikkua pyörätuolilla tai rollaattorilla.

Helsingin kaupungilla on kaksi katkaisuhuitoapaikkaa. Läntinen A-klinikka on katkaisuhuitoapaikka, jossa on tilat, jotka soveltuvat myös pyörätuolilla liikkuville. Sinne haetaan päivystyspoliklinikan kautta aamuisin. Katkaisupaikkoja siellä on 11 ja hoitoaika pääosin viisi vuorokautta. Hoito perustuu vapaaehtoisuuteen eli halutessaan sen voi keskeyttää. (Halme 2009.)

Hangonkadun katkaisuasema on tarkoitettu sekakäyttäjille ja alkoholiongelmaisille naisille ja miehille. Paikkoja siellä on naisille kymmenen ja miehille 26. Hoitoaika sovitaan aina yksilöllisesti asiakkaan kanssa tarpeen mukaan. Paikka ei sovellu huonosti liikkuville tai näkövammaisille. (Saunio 2011.)

6.3 Avokatkaisu

Avokatkaisu voidaan järjestää joko terveydenhuollon toimipisteissä tai päihdehuollon yksiköissä. Tarkoituksena on, että asiakas saa lääkitystä vieroitusoireisiin ja uskaltaa lopettaa alkoholin käytön. Asiakas käy joka päivä hakemassa vieroituslääkkeet hoitajalta ja samalla hän saa keskustelutukea ja -apua. Käynneillä työntekijä arvioi asiakkaan tilaa ja mahdollista päihteiden käyttöä. Samalla yritetään motivoida asiakasta pidempään elämänmuutokseen sekä kartoitetaan fyysistä ja psyykkistä vointia. (Neuvoa Antavat 2011a.)

Avokatkaisussa lääkkeet annetaan päiväksi kerrallaan. Tällä turvataan oikea annostelu ja ehkäistään väärinkäyttöä. Jokaisella tapaamisella asiakas puhallutetaan ja sen jälkeen annetaan lääkkeet. Näin varmistetaan että veressä ei ole

alkoholia. Pidempiaikaisen lääkityksen tarve on aina arvioitava lääkärin vastaanotolla. Joskus vieroitushoito pyritään tekemään mahdollisimman vähällä lääkityksellä. Silloin on huomioitava, että päihteiden käyttäjälle on tarjottava riittävästi aikaa keskustelulle ja tunteiden purkamiselle. Tällöin on hyvä myös kokeilla vaihtoehtoisia hoitomuotoja, kuten rentoutusta, akupunktiota, kylpyjä ja hierontaa. Turvallinen hoitosuhde on edellytys lääkkeettömän vieroituksen toteutumiselle. (Inkinen ym. 2000, 151.)

6.4 Kuntoutuslaitokset

Päihderiippuvuuden hoito on pitkäaikaista ja tarvitsee yleensä pitkän kuntoutusjakson. Kuntoutusprosessi voi kestää muutamasta viikosta vuosiin. Kuntoutuksessa käsitellään asiakkaan päihteiden käyttöä ja elämäntilannetta. Asiakasta tuetaan, jotta hänen elämänhallinta ja toimintakyky säilyisi tai palautuisi. Pidempiaikainen kuntoutussuunnitelma voidaan tehdä avohoidossa katkaisuhoidon jälkeen tai laituskuntoutusta varten. (Neuvoa Antavat 2011b.)

Kuntoutus pyritään järjestämään vieroitushoidon jälkeen joko avo- tai laituskuntoutuksena. Päihdekuntoutuksessa ei käsitellä vain asiakkaan päihteidenkäyttöä vaan pyritään selvittämään koko sosiaalinen elämä. Työskentelyssä paneudutaan yksilön toimintakykyyn ja arvioidaan muutosta tukevia tekijöitä sekä päihteiden käyttöä ylläpitäviä tekijöitä. Tavoitteena on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen koheneminen. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 171–172.)

Kuntoutusyksikössä annetaan psykososiaalista kuntoutusta laitoshoidoyhteisössä. Kuntoutuksen tarkoituksena on oppia säätelemään alkoholin käyttöä ja elämänhallintaa. Hoidon tavoitteet määritellään yksilöllisesti tulevaisuus- ja voimavarakeskeisesti. Yleisimmin laituskuntoutus kestää neljä viikkoa. (Mäkelä & Aalto 2010, 50.)

Ennen kuntoutuslaitokseen hakemista asiakkaalle tehdään yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Se tehdään yhdessä asiakkaan ja lähettävän tahon kanssa. Kuntoutus on kokonaisvaltaista ja perustuu vuorovaikutukseen ja verkostotyö-

hön, joten hoidon suunnittelussa suositetaan hoitoneuvotteluja. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 135.)

6.4.1 Laitoskuntoutus

Kuntoutuslaitokset tarjoavat katkaisuhuitoa, lyhytaikaisia intervallijaksoja ja pitempiaikaista kuntoutusta vaikeasti päihdeongelmallisille ihmisille. Laitosmuotoisessa kuntoutuksessa yhtenä menetelmänä on motivoiva haastattelu. (Neuvoa Antavat 2011b.)

Järvenpään sosiaalisairaala on A-klinikka säätiön riippuvuuksiin erikoistunut päihdesairaala. Sairaalassa on katkaisu- ja vieroitusosasto sekä kuntoutusosasto. Katkaisuhuito on tarkoitettu alkoholiriippuvaisille ja vieroitushoito lääkeriippuvaisille päihteiden sekakäyttäjille ja huumausaineiden käyttäjille. Osastolla tehdään lisäksi kaksoisdiagnoosiasiakkaiden arviointijaksoja, joissa selvitetään heidän tarvitsemaansa hoitoa ja hoitoketjua. Hoidot kestävät keskimäärin kaksi viikkoa. Kuntouttava hoitojakso kestää noin neljä viikkoa ja siihen sisältyy myös toiminnallista kuntoutusta. Järvenpään sosiaalisairaalassa asiakkaita hoitaa moniammatillinen työyhteisö. Yhteistyötä avohoidon ja lähettävän tahon kanssa on merkittävästi kehitetty. (A-klinikkasäätiö 2011.)

Ridasjärven päihdehoitokeskus on Uudenmaan kuntayhtymän omistama 60-paikkainen laitospuolitoiminen erityispalveluyksikkö, joka sijaitsee Hyvinkäällä. Kuntoutukseen hakeudutaan A-klinikan, sosiaalitoimiston tai terveyskeskuksen kautta. Maksusitoumus tulee olla selvitettyä ennen hoitoon hakeutumista. Asiakkaalle tehdään yksilöllinen kuntoutussuunnitelma ja kuntoutusjakson pituuden määrittää asiakkaan elämäntilanne ja sen hetkiset voimavarat. Kuntoutuksella pyritään asiakkaan kokonaisvaltaiseen elämänhallintaan, omatoimisuuden lisäämiseen ja kokonaisvaltaiseen kuntoutumiseen ja toipumiseen. Päihdekeskuksessa on päivisin kolme sairaanhoitajaa ja osa-aikainen lääkäri, jotka vastaavat terveydenhuollosta. Tulotilanteessa asiakkaalla tulee olla lähete, josta selviää asiakkaan lääkitys, terveydentila ja perussairaudet. Bentsodiatsepiiniä asiakkaalla tulee olla kuntoutukseen tullessa korkeintaan 60 mg vuorokaudes-

sa. Päihdehoitokeskuksen pääpainopiste on pienyhteisökuntoutuksessa, mutta jos asiakas ei syystä tai toisesta kykene osallistumaan yhteisölliseen kuntoutukseen, on mahdollista saada myös yksilökuntoutusta. Kuntoutuksen aikana voi osallistua ryhmiin ja tehdä laitoksen tarjoamia työtehtäviä. Kuntoutusmenetelmänä ovat psykososiaaliset menetelmät, vaihtoehtoiset menetelmät, lääkehoito, vertaisryhmät ja luovat menetelmät. (Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymä i.a.)

Ridasjärven päihdehoitokeskus tarjoaa myös intervallihoitoa, joka on avohoitoa ja täysraittiutta tukevaa jatkohoitoa. Intervallihoidosta tehdään kirjallinen sopimus, jonka asiakas allekirjoittaa ja samalla sitoutuu päihitteettömyyteen intervallihoitojakson ajaksi. Hoitojaksolle tullaan kerran kuukaudessa ja se kestää 3–4 vuorokautta. Hoito edellyttää täysraittiutta ja sitoutumista sovittuun avohoitoon. Intervallihoidossa on myös järjestetty kriisihoitoa asiakkaille, joilla on retkahtamisen pelko. Kriisihoitoon on mahdollista hakeutua milloin tahansa, edellyttäen asiakkaan päihitteettömyyttä. (Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymä i.a.)

Syystien vanhustenpalvelukeskuksessa on huhtikuussa 2012 alkanut Syystien päihdekuntoutuksen hanke. Päihdekuntoutus on tarkoitettu yli 65-vuotiaille alkoholipäihdekäyttäjille, jotka ovat motivoituneet päihdekuntoutukseen ja jotka tarvitsee esteettömän kuntoutuspaikan. Päihdekuntoutujat tarvitsevat ensin katkaisu- ja vieroitushoidon joko sairaalassa, kotikatkona tai katkaisuhuitoasemilla. Päihdekuntoutusjakso Syystiellä kestää neljä viikkoa, jonka jälkeen asiakas joko kotiutetaan tai hänelle haetaan jatkokuntoutuspaikkaa. Kuntoutuksen aikana asiakkaalle tehdään kotikartoitus, jossa arvioidaan asiakkaan arjessa selviytyminen. Kuntoutuspaikkoja on neljä ja sinne voi hakea kaikki helsinkiläiset. Päätöksen kuntoutukseen pääsystä tekee oman alueen vanhuspalvelun sosiaalityöntekijä. (Sarkio 2012.)

Tervalampi on pääasiassa helsinkiläisille päihdeongelmallisille tarkoitettu kuntoutuslaitos. Kuntoutukseen hakeudutaan A-klinikan tai katkaisuhuitoaseman kautta. Kuntoutukseen tarvitaan aina lähete ja maksusitoumus. Lähetteessä tulee olla tieto asiakkaan terveydentilasta ja lääkityksestä. Kuntoutuksen aikainen lääkitys tulee olla sovittuna jo ennen laitokseen saapumista, koska Tervalam-

mella ei välttämättä ole mahdollista lääkärin tapaamiseen. Keskimääräinen kuntoutusaika on kuusi viikkoa, mutta kuntoutuminen on yksilöllistä. Kuntoutusaika vaihtelee kahdesta viikosta useampaan kuukauteen. Paikka ei sovellu liikuntarajoitteisille tai monisairaille. (Saunio 2010.)

Varsinaisen laitoshoidon jatkeeksi on tarjolla asumispalveluita ja päiväkeskuksia. Niissä on mahdollisuus saada tukea päihteettömään elämään ja omatoimisuuden palautumiseen. Nämä palvelut on tarkoitettu niille, joilla päihteiden käyttö on ollut pitkäaikaista ja sen johdosta päivittäinen toiminta on heikentynyt. (Mäkelä & Aalto 2010, 51.)

6.5 Kolmannen sektorin palvelut

Sininauhaliiton Liika on aina liikaa-ikäntyminen ja alkoholi hankkeessa 2005–2011 tuotettiin uusia päihdepalveluja ikääntyvälle väestölle. Hankkeen keskeisiä tavoitteita oli juurruttaa kunnille ja järjestöille uusia työmuotoja sekä tehdä vaikuttamistyötä. Sininauhaliiton hankkeen tavoitteena oli kehittää ikääntyvien kohtaamiseen ja hoitoon soveltuvia päihdetyön menetelmiä, valistaa ikääntyvien terveyteen vaikuttavista alkoholin haitoista, lisätä päihde- ja vanhustyön ammattilaisten osaamista, tuottaa tutkimustietoa ja herättää aiheeseen liittyvää keskustelua. Hanke toteutettiin kahdessa vaiheessa 2005–2008 ja 2009–2011. Ensimmäisessä vaiheessa keskityttiin asiakastyön ja koulutusmateriaalien kehittämiseen, tutkimiseen ja viestintään. Tavoitteena oli ehkäistä päihdehaittoja ja auttaa hoitamaan ikääntyneitä, joilla on päihdeongelma. Sininauhaliitto on järjestänyt koulutuksia ikäihmisiä hoitavalle henkilökunnalle sekä verkostoitunut A-klinikoiden kanssa (Tuokkola 2008, 119). Hankkeen toisessa vaiheessa työmuotoja juurrutettiin kuntien ja järjestöjen perustyöhön (Viljanen & Levo 2010, 8–9). Hankkeen työmuotoina olivat jalkautuva päihdetyö, jossa yhteistyötä tehtiin kotihoidon ja sosiaalityön kanssa, sekä vertaisryhmätoiminta. Jalkautuva päihdetyö toteutettiin asiakkaan kotona täydentävänä peruspalveluna, jossa keskeisenä osana olivat verkostotyö, palveluohjaus ja vertaisryhmään sekä kodin ulkopuolisiin toimintoihin ohjaus. Vertaisryhmän toiminta kehitettiin asiakkailta tulleen palautteen johdosta. Hankkeen aikana on osaamisen lisäämiseksi

tuotettu erilaisia materiaaleja ammattihenkilöstön käytettäväksi sekä erilaisia koulutuksia ja tapahtumia. (Viljanen 2010, 84–86; Levo & Viljanen 2012.)

Pilke-työ on Helsingin Diakonissalaitoksen toteuttama pioneeritoiminta, joka on tehnyt ikääntyvien alkoholin käyttöä näkyväksi. Pilke-projektissa vuosina 2005–2008 luotiin toimintamalli etsivästä työstä ja ryhmätoiminnasta ikääntyneille päihteidenkäyttäjille. Tarkoituksena on löytää ja saattaa päihdeongelmista kärsivät ikäihmiset Pilke-ryhmiin, joissa ihminen voi tulla mukaan sellaisena kuin on. Ryhmätoiminta perustuu ennen kaikkea läsnäoloon ja jokaisen ryhmäläisen henkilökohtaiseen kohtaamiseen sekä heidän elämänhistorian ja kokemusten kunnioittamiseen. Alkoholin käyttö ei ole esteenä ryhmiin osallistumiseen. (Pajunen & Viljanen 2011, 18–19.)

Pilke-ryhmä toimii osana Sininauhaliiton Liika on aina liikaa hanketta. Ryhmä on tarkoitettu yli 60-vuotialle päihteitä käyttäville ihmisille, jotka ovat vaarassa eristyä kotinsa. Pilke on matalankynnyksinen ja vertaistuellinen ryhmä, jossa ryhmäläiset tapaavat toisiaan kerran viikossa kahdesta viiteen tuntia kerrallaan. Toiminta ja ohjelma suunnitellaan yhdessä ryhmäläisten ja ohjaajien kesken. Ryhmät ovat pääasiallisesti toiminnallisia ryhmiä, joissa on tärkeää yhteys muihin ihmisiin ja elämän hallinnan lisääminen. Ryhmäläisiä pyritään löytämään etsivällä työllä ja ammattilaisten kanssa verkostoitumalla. Ensisijaisena tavoitteena pilke-työssä on tuoda alkoholiongelmallisille tukea kotona pärjäämiseen sekä tarjoamaan juomisen tilalle muuta sisältöä. (Viljanen & Levo 2010, 26–28.)

6.6 Malli kotiin vietävistä palveluista

Maunulan A-klinikalla on kotihoidon kanssa yhteistyössä tehty kotikatkaisumalli. Siinä kotihoidon työntekijä yhdessä A-klinikan sairaanhoitajan ja lääkärin kanssa toteuttavat kotikatkaisun (Liite 4). Hoitaja käy päivittäin asiakkaan kotona viemässä katkaisulääkkeet ja samalla puhalluttaa asiakkaan sekä kartoittaa alkoholin käyttöä. Tämä soveltuu silloin, kun asiakas ei tarvitse jatkuvaa tarkkailua terveydentilansa vuoksi. (Ylipiha ym. 2011.)

Keväästä 2012 lähtien Helsingin kaupunki on voinut ostaa kotikatkaisun palveluntuottaja Medivivalta. Palvelu sopii hyvin kotihoidon asiakkaille, joilla on liikuntarajoite, psyykkinen ongelma tai iäkkäille naisille, jotka häpeilevät päihteiden käyttöönsä. Asiakkaat tarvitsevat palvelun piiriin päästäkseen lähetteen joko kotihoidolta, sosiaalityöntekijältä, sairaalasta tai A-klinikalta. Palvelun maksaa päihdehuolto. Kotikatko kestää enintään seitsemän vuorokautta ja asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Tavoitteena kotikatkolle on asiakkaan juomisen lopettaminen tai vähentäminen, terveydentilan koheneminen ja elämän mielekkyyden lisääntyminen. Esteitä hoitoon pääsyyn ovat krampppitaipumus ja delirium. Esteeksi voi myös muodostua se, ettei asiakas voi avata ovea tai vastata puhelimeen. (Heikkilä 2012.)

7 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Opinnäytetyön prosessimme oli alussa haastava, koska koimme, ettemme päässeet prosessissa eteenpäin. Ensimmäinen suunnitelma opinnäytetyön toteutuksesta vei paljon aikaa ja voimia. Jouduimme pohtimaan ajankäyttömme mahdollisuuksia ja miettimään opinnäytetyötämme uudesta näkökulmasta. Halusimme kuitenkin pysyä alkuperäisessä ajatuksessa opinnäytetyön keskeisestä sisällöstä eli tuomisesta tietoa päihdehoitotyöstä kotihoidon työntekijöille.

Omat kokemuksemme kotihoitotyöstä ja päihdehoitotyöstä toimivat pohjana sisällön suunnittelussa. Keskustelimme myös muutaman kotihoidon työntekijän kanssa heidän kokemuksistaan kohdata kotihoidossa päihteitä käyttävä asiakas. Näiden keskustelujen ja tutkimusten perusteella ilmeni, että työntekijät kaipaavat työvälineitä kohdata päihteitä käyttävä asiakas. Lisäksi ikääntyvien alkoholikulttuuri on muutoksessa, koska ikääntyvien määrä lisääntyy tulevaisuudessa. Työiän ja vanhuuden väliin on tullut uusi elämänvaihe, niin sanottu kolmas ikä, jolla tarkoitetaan 55–75-ikävuosia. Heidän vanhenemiskulttuuriinsa liittyy nautinnonhakaisuus, joka saattaa näyttäytyä päihdekäyttäytymisenä. (Levo ym. 2008.)

7.1 Prosessin kuvaus ja toteutus

Aloitimme opinnäytetyön aiheen pohdinnan syksyllä 2010. Alusta asti oli selvää, että opinnäytetyön toimintaympäristö on kotihoito. Mielenkiintomme päihdehoitotyötä kohtaan auttoi aiheen tarkemmassa valinnassa. Alkuun suunnittelimme, että teemme laadullisen tutkimuksen, jossa haastattelemme kotihoidon työntekijöitä ja kotihoidon asiakkaita, joilla on päihdeongelma. Pohdimme kuitenkin opinnäytetyön aihetta uudella tavalla. Millä tavalla opinnäytetyöstä olisi hyötyä? Keskustelimme muutaman kotihoidon työntekijän kanssa ja kysyimme, mitä tietoa he kokevat tarvitsevänsä päihdeasiakkaita hoitaessaan. Keskusteluissa kävi ilmi, että työntekijöillä ei ole tarpeeksi tietoa päihdehoitopalveluista. Vaikka päihdehoitotyötä kehitetään jatkuvasti, tieto ei aina saavuta työntekijöitä. Haastava ja tärkeä aihe opinnäytetyössä on hoitajan asenteet päihteitä käyttäviä asi-

akkaita ja päihdehoitotyötä kohtaan. Toivomme, että opinnäytetyö herättää keskustelua päihdeasiakkaiden kohtaamisesta ja asenteista.

Opinnäytetyö edistyi prosessille eli hankkeelle tyypillisellä tavalla. Eri vaiheet limittyivät toisiinsa tai olivat päällekkäisiä. Hankimme tietoa ja tuotimme tekstiä, johon usein palasimme lisätiedon kanssa. Syklisen etenemisen vaihteita kuvailaan havainnoinnilla, pohtivalla tarkastelulla, suunnittelulla ja toiminnalla sekä syklin uudelleen alkamisella. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 26.)

7.2 Prosessin arviointi

Opinnäytetyön tekeminen parityönä oli meille alusta lähtien selvää. Samanlainen työhistoria ja koulutus loivat hyvän alun yhteistyöllemme. Vaikka työtapamme ovat erilaiset, koimme sen vain helpottavan yhteistyötämme. Erilaisuudesta johtuen pystyimme hyödyntämään toistemme erityisiä tapoja tehdä ja oppia. Yhteistyömme sujui mutkattomasti koko prosessin ajan. Yhteistyömme tärkeimmäksi asiaksi muodostui toistemme tukeminen ja eteenpäin työntäminen tässä projektissamme, koska perheen, työn, opiskelun ja opinnäytetyön yhteensovittaminen on ajoittain ollut haasteellista.

Opinnäytetyön aiheet jaoimme kiinnostuksemme mukaan ja työstimme niitä tavoillamme. Lähetimme tuottamamme tekstit toisillemme luettavaksi ja arvioitavaksi. Usein saimme toisiltamme aiheeseen täydennys- tai muutosehdotuksia ja näin pääsimme taas kirjoitustyössä eteenpäin. Varasimme myös muutamia kokonaisia päiviä, jolloin tapasimme ja kirjoitimme opinnäytetööhön yhteisiä pohdintoja. Tapaamisilla arvioimme lisäksi opinnäytetyön sisällystä, joka prosessin aikana hieman muuttui ja tarkentui.

Oman arviointimme lisäksi prosessin aikana annoimme opinnäytetyön muutamalle kotihoidon työntekijälle luettavaksi. Saimme sekä hyvää palautetta että kehittämissuhteita. Hyvää palautetta saimme siitä, että työ oli helposti luettava ja selkeä. Kotihoidossa on paljon henkilökuntaa eri ammattinimikkeillä. Pie- nellä osalla ei ole mitään hoitoalan koulutusta työkokemuksen lisäksi. Opinnäy-

tetyö sopii kaikille työntekijöille luettavaksi. Kehittämisehdotuksena saimme toiveen siitä, että opinnäytetyö sisältäisi konkreettisia ohjeita ja työntekijät saisivat vastauksen kysymykseen, miten toimia erilaisissa päihdehoitotyön tilanteissa. Tästä toiveesta syntyi muun muassa kappaleet motivoivan haastattelun vaiheet sekä päihdehoitopalvelut.

Alustavasti olimme sopineet, että opinnäytetyön valmistuttua esittelemme sen Helsingin kotihoidon pohjoisen alueen päällikölle ja ohjaajille. Heidän luvallaan toimitamme työn kotihoidon työntekijöille ja tarvittaessa esittelemme työtä myös heille. Opinnäytetyö valmistuu samaan aikaan, kun sosiaali- ja terveyskeskus yhdistyy. Yhdistyminen saattaa tuoda muutoksia kotihoitotyöhön, joten olemme varautuneet opinnäytetyömme esittelyn viivästymiseen. Opinnäytetyö tallennetaan myös Theseus-opinnäytetietokantaan.

8 POHDINTA

Olemme kumpikin tahoillamme saaneet tehdä päihdehoitotyötä omissa työpaikoissamme. Koemme, että tämän opinnäytetyön työstäminen on auttanut meitä jokapäiväisessä työssämme. Opinnäytetyön tekeminen on lisännyt edelleen kiinnostustamme päihdehoitotyöhön. Toinen meistä työskentelee tällä hetkellä skitsofrenia- ja psykoosiasiakkaiden parissa ja kohtaa kaksoisdiagnoosiasiakkaita päivittäin. Opinnäytetyö on antanut tukea tähän työskentelyyn. Toinen meistä työskentelee kotihoidossa, jossa päihdehoitoasiakkaiden määrä lisääntyy koko ajan. Tämän opinnäytetyön prosessin aikana olemme saaneet kotihoitoon myös ensimmäisen korvaushoitoasiakkaamme.

Päihdehoitotyö kotihoidossa on vasta muutaman vuoden ajan ollut enemmän esillä. Päihdeasiakkaiden osuus terveydenhuollon asiakkaista tulee lisääntymään tulevana vuosina ja kotihoidon osuus heidän hoitamisessa tulee myös kasvamaan. Kotona tehtävä työ etenkin päihdeasiakkaiden kohdalla herättää paljon tunteita. Tämä tulee esille tutkimuksissa ja näkyy myös työelämässä. Haluamme opinnäytetyön herättävän keskustelua ja ajatuksia päihdehoitotyöstä, sen haasteista ja työntekijöiden asenteista päihteitä käyttäviä asiakkaita kohtaan. Omien kokemustemme mukaan asenteisiin ja pelkoihin pystytään parhaiten vaikuttamaan koulutusta ja tietoa lisäämällä. Usein huomaa, että ennakkoluulot johtuvat kokemuksen ja tiedon puutteesta. Opinnäytetyössään Karttunen ja Karvinen (2010) tuovat myös esille koulutuksen ja ammattitaidon kehittämisen tärkeyden. Päihdekoulutuksen tulee keskittyä näyttöön perustuvaan tietoon, oireiden varhaiseen tunnistamiseen, hoidollisten taitojen kehittämiseen, päihdepalvelujen tuntemiseen, tiimityöskentelyyn ja tilannearvioon sekä palveluohjauksen tekoon. (Karttunen & Karvinen 2010.)

Päihdehoitotyön koulutusta on lisätty kotihoidon työntekijöille, mutta mielestämme se ei tavoita kaikkia työntekijöitä. Päihteiden aiheuttamat sairaudet tulevat tulevaisuudessa lisääntymään ja siksi on tärkeää, että koulutus ja sen mukana tuleva tieto tulisi kaikkien saataville. Nykyistä enemmän tulisi myös panostaa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ja monisairaiden päihdeongelmaisten asiakkaiden hoitoon. Lisäksi on muistettava, että kaikki kotihoidon asiakkaat eivät ole

iäkkäitä vaan yhä useammin asiakkaaksi tulee nuori päihteidenkäyttäjä. Uusin asiakasryhmä, joka on tullut kotihoitoon, on huumeiden käyttäjät ja korvaushoidossa olevat. Vaikka Lahtinen ja Lalla (2011) opinnäytetyössään tutkivat, että päihteitä käyttäviä asiakkaita kohdellaan samanarvoisina ja he saavat samaa hoitoa kuin muutkin asiakkaat, niin suurin osa haastatelluista kuitenkin koki, että päihdeasiakkaat ovat väärän hoidon piirissä. Suurin osa haastatelluista ilmaisi myös, että päihdeasiakkaat aiheuttavat eniten hankaluuksia. Meidän näkemyksemme mukaan yksi sairaanhoitajan tehtävä kotihoitotiimissä on näiden uusien asiakkaiden erityispiirteiden huomioiminen ja niin sanottu sisäänajo kotihoidon piiriin saamiseksi.

Usein hoitajat saattavat tehdä tilannearvion ja käsityksensä asiakkaasta ilman, että on vielä edes tavannut asiakasta. Tämä ennakoasenne vaikuttaa siihen, miten asiakkaan kohtaa ja valitettavasti se tulee ilmi myös asiakkaalle itselleen. Päihteitä käyttävä asiakas vaistoaan helposti työntekijän asenteet. Oikeanlaisella lähestymisellä työntekijä voi päästä erittäin hyvään hoitosuhteeseen asiakkaan kanssa ja saa kenties asiakkaan huomaamaan oman tilansa. Kiinnostus asiakkaaseen on yksi keino suhteen luomiseen. Asiakkaan positiivisten piirteiden korostaminen helpottaa työntekijän omaa asennoitumista asiakkaaseen. (Laine 2002.)

Asenteiden, hoidollisten taitojen ja tiimityöskentelytaitojen lisäksi työntekijät tarvitsevat koulutusta eri työmenetelmistä, joita voi päihdehoitotyössä käyttää, koska puheeksiotto koetaan edelleen hyvin vaikeaksi. Erilaisten työvälineiden ja mittareiden käyttäminen ei ole kokemustemme mukaan vielä tullut kotihoidon päihdehoitotyössä vakiintuneiksi työtavoiksi. Niihin tulisikin saada enemmän koulutusta, jonka jälkeen voimme hyödyntää eri menetelmiä. Nykypäivänä puheeksiottoa käytetään jokaisella terveydenhuollon saralla. Terveyskeskuksissa on sairaanhoitajia koulutettu ottamaan alkoholin käyttö puheeksi, kotihoidon työntekijöiltä se on jäänyt puuttumaan. Kotihoidossa tiimin sairaanhoitajina voimme näyttää esimerkkiä muille ja ottaa puheeksioton ja päihteiden käytöstä kysymisen osaksi jokapäiväistä työtä.

Mielestämme myös ennaltaehkäisevään päihdehoitotyöhön tulisi kotihoidossa panostaa. Monikaan ikääntynyt ei välttämättä miellä juovansa alkoholia yli suositusrajojen. Kaikki eivät myöskään miellä olutta ja siideriä alkoholiksi ja asiakkaat saattavat kaunistella juomisensa määrää ja laatua. Hoitajan tulee olla herkkä ja huomiokykyinen, kun ottaa päihteidenkäyttöä puheeksi.

Työnohjauksen lisääminen ja sen saanti tarvittaessa tulisi olla entistä helpompaa. Esimiesten olisi hyvä huomioida työntekijöiden päihdehoitotyön yhä lisääntyvä kuormittavuus. Työnohjauksen käyttö kotihoidossa ei ole vielä tullut osaksi työkäytäntöjä. Koemme, että työnohjauksella voisi lisätä työntekijöiden työmotivaatiota, lisätä voimavaroja ja muuttaa asenteita myönteisempään. Työnohjauksen on myös todettu vähentävän sairauspoissaoloja ja lisäävän työtyytyväisyyttä. Toinen meistä on saanut olla mukana työnohjauksessa ja on kokenut sen erittäin hyödylliseksi työvälineeksi.

Sosiaali- ja terveyskeskus yhdistyvät Helsingissä vuonna 2013. Päihdehoitopuoli ja mielenterveyshoitopuoli yhdistyvät saman toiminnan alle. Toivomme tämän helpottavan etenkin kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidon saantia, koska liian usein kuulee, että asiakas ei saa hoitoa, koska ei kuulu mihinkään tiettyyn ryhmään. Yhteistyö ja uudet toimintamallit eivät kuitenkaan heti tule toimimaan ja yhteistyö kahden eri tahon kesken voi alkuun olla haastavaa. Uskomme kuitenkin, että yhteinen toimintamalli löytyy ja asiakkaiden hoidon saanti helpottuu. Sosiaali- ja terveyskeskuksen uudistuminen olisikin oivallinen hetki kehittää yhteistyötä muun muassa A-klinikoiden, psykiatrisen hoidon ja kotihoidon kesken.

Verkostotyöstä ja verkostoivasta työotteesta ei ole erikseen lakia, mutta laissa kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä (604/1991) ja päihdehuoltolaissa veloitetaan viranomaiset yhteistyöhön moniongelmaisten asiakkaiden asioissa. (Kröger 2008, 312). Työskentely kotihoidossa on haastavaa ja ajoittain raskasta. Vastuu asiakkaista on suuri ja vastuun jakaminen eri viranomaistahoille auttaa jaksamaan. Kotihoidossa työskentely on itsenäistä ja siksi työntekijöillä on usein tunne, että mikään muu taho ei asiakasta auta. Verkostoituvaa työtapaa olisi hyvä kehittää enemmän kotihoidossa. Yhteistyön kehittäminen eri hoito- ja viranomaistahojen kanssa edesauttaa asiakkaan hoitoa ja helpottaa myös työn-

tekijöiden taakkaa ja vastuuta. Eri yksiköissä on hyvä etsiä joustavia malleja verkostotyöskentelylle, jotta päällekkäisyyksiltä vältytään ja jokaisen osaamista hyödynnetään. Yhteistyö ja yhteydenpito eri tahojen kanssa helpottuvat, kun eri osapuolet tuntevat toisensa ja työntekijät tietävät keneen ottaa yhteyttä. (Kröger 2008, 312–315.) Päihdevastaavien osuutta kotihoidossa tulisikin mielestämme kehittää enemmän verkostoitumisen avulla. Verkostotyössä haasteeksi on tutkimusten mukaan noussut eri viranomaistahojen aikataulujen yhteensovittaminen sekä omaisten motivointi. Verkostotyöstä onkin nykypäivänä tullut enemmän viranomaispainotteinen (Isosaari 2011).

Päihdehoitopalveluja pyritään kehittämään enemmän asiakaslähtöisemmiksi. Yhteistyötä tehostetaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin kesken. Tavoitteena on lähentää palveluja ja helpottaa hoitoon pääsyä. Jalkautuvasta työstä on saatu hyviä kokemuksia ja on todettu, että se tukee työntekijöiden jaksamista ja vahvistaa osaamista (Kekki & Partanen 2008.) Omassa työssämme olemme huomioineet, että työ päihdeasiakkaiden kanssa on helpompaa, kun voi tehdä yhteistyötä mielenterveys- ja päihdehoitotyöntekijöiden kanssa. Yhteiskäynnit antavat tukea työntekijöille ja jakavat vastuuta. Kotihoidon työntekijöillä ei aina ole kokemusta eikä koulutusta kohdata päihteiden käyttäjiä. Kun palveluja voidaan viedä asiakkaiden kotiin yhdessä eri tahojen kanssa, niin asiakas saa tarvitsemansa hoidon ja työntekijöiden ammatitaito kasvaa.

Kotihoidon päihteitä käyttävä asiakaskunta saattaa tarvita sairaanhoidollista seurantaa lähes päivittäin. Näiden ihmisten pääsy katkaisu- ja kuntoutushoitoon on ajoittain ollut hankalaa. Ihmiselle, joka tarvitsee päivittäistä apua ja joka on liikuntarajoitteinen, on vaikea löytää sopivaa hoitopaikkaa. Usein olemme työssämme törmänneet siihen, että päihdehoitopalvelupaikasta on ilmoitettu, että eivät voi asiakasta ottaa. Asiakas voi jopa päästä katkaisuhuoltoon, mutta liikkumisongelmien takia ei voi päästä kuntoutushoitoon. Kotiin palattuaan asiakkaan juominen yleensä jatkuu kuten ennen, koska asiakas ei ole ehtinyt saamaan juomisen tilalle mitään muuta. Tämä asia on onneksi nyt nostettu esille ja päihdehoitopalveluja on kehitetty myös vanhuksille ja vammaisille soveltuviksi, uusimpana Syystien päihdekuntoutuksen hanke.

Toivomme, että opinnäytetyö jättää jälkensä kotihoidon työntekijöiden arkeen. Toivomme opinnäytetyön herättävän ajatuksia ja laittavan työntekijöitä miettimään asenteitaan päihdeasiakkaita kohtaan. Päihdeongelmaisia kohdatessa ei aina ole itsestään selvää, miten kukin työntekijä heidät kohtaa. Ihmisten oma suhtautuminen päihteisiin, kenties niihin kohdistuvat pelot ja aikaisemmat kokemukset vaikuttavat suhtautumiseen. Opinnäytetyötä tehdessämme yllätyimme siitä, miten vähän tutkimuksia kotihoidon päihteitä käyttävistä asiakkaista on tehty. Koska muun muassa väitöskirjoja aiheesta ei juuri löytynyt, löysimme arvokasta tutkimusta opinnäytetöistä lähteiksemme. Tutkimusten vähyys herätti meissä kysymyksen, mitä jo pelkästään tutkimusten puute kertoo asenteista kotihoidon päihdeasiakkaita kohtaan.

Päihteiden käytön sanotaan olevan itse aiheutettua, mutta se on kuitenkin riippuvuussairaus, johon voi sairastua kuka tahansa. Jokainen päihdeasiakas tarvitsee hoitoa. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa sanotaan, että sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmaista, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Sairaanhoidajaliitto i.a.)

Lähteet

- Aalto, Hannu 2010. Alkoholiriippuvuuden lääke- ja psykososiaaliset hoidot. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho ja Kalervo Kiianmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 53–64.
- Aalto, Mauri 2010. Mielenterveys ja alkoholi. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho ja Kalervo Kiianmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus Helsinki: Duodecim, 183–188.
- Aho, Virpi & Toivonen, Aaro 2011. Turvaohjeita kotihoidon työntekijöille. Helsingin terveyskeskus. Helsingin kaupunki.
- A-Klinikkasäätiö. 2011. Toimintakertomus. Järvenpään sosiaalisairaala. Viitattu 30.8.2012 <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/jarvenpaa/sites/toimipaikka.a-klinikka.fi.jarvenpaa/files/quickuploads/file/Toimintakertomus2011.pdf>.
- Alho, Leena & Öfverström–Anttila, Hillevi 2011. Ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksiotto ja lyhytneuvonta. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.
- Alkoholiohjelma 2004. Alkoholiohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Decibel i.a. Alkoholi. Viitattu 26.9.2012. <http://www.decibel.fi/fin/Alkoholi.129.html>.
- Ehrling, Leena 2012. Leena Ehrlingin luentotilaisuus Motivoiva haastattelu ja sitoutuminen hoitoon Auroran sairaalassa 24.2.2012.
- Finlex i.a. Viitattu 16.9.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000607>.
- Hakkarainen Pekka, Metso Leena & Salasuo Mikko. 2010. Hampuikäpolvi, sekakäyttö ja doping Vuoden 2010 huume-kyselyn tuloksia <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/2ecefbbd-b807-44d8-b51d-81dc63d09f01>.
- Halme, Merja 2009. Viitattu 12.11.2011 http://www.stakes.fi/tietokannat/hoitopaikat/hoitopaikka_kuvaus2.aspx?id=164
- Havio, Marjaliisa; Inkinen, Maria & Partanen Airi 2009. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

- Havio, Marjaliisa; Mattila, Riitta; Sinnemäki, Tarja & Syysmeri, Leena 1994. Päihteenkäyttäjä hoitotyön haasteena. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Heikkilä, Asta; Jokinen, Pirkko & Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Heikkilä, Sirpa 2012. Sairaanhoidaja Sirpa Heikkilän infotilaisuus Pukinmäessä 12.9.2012.
- Heinola, Reija & Luoma, Minna–Liisa 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Reija Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes, 36–41.
- Helamo, Ilkka 2008. Hoidollinen interventio-puutu, puhu ja kohtaa. Teoksessa Jan Holmber, Tanja Hirschovits, Petri Kylmänen ja Eva Agge (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Helsingin kaupunki 2011b. Sosiaalivirasto. Viitattu 12.11.2011
<http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/paihde-tyo/a-klinikat>.
- Helsingin kaupunki 2011c. Sosiaalivirasto. Viitattu 12.11.2011
http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/paihde-tyo/palvelut/katkaisu_ja_vieroitus_hoito_laitoksessa.
- Helsingin kaupunki 2011a. Terveyskeskus. Viitattu 7.9.2011
<http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Terveyspalvelut/Kotihoito>.
- Hirschovits, Tanja 2008. Riippuvuus ilmiönä. Teoksessa Jan Holmber, Tanja Hirschovits, Petri Kylmänen ja Eva Agge (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Hynninen Kirsi & Takkunen Outi 2010. Ikääntynyt päihdeasiakas kotihoidossa - työntekijän näkökulma. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pieksämäen yksikkö. Opinnäytetyö.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7886/Hynninen_Kirsi_Takkunen%20Outi.pdf?sequence=1.
- Ikonen, Eija-Riitta & Julkunen, Seija 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Inkinen, Maria; Partanen, Airi & Sutinen, Tiina 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Isosaari, Arja 2011. Verkostotyö kuntoutuksen kentällä. Diskurssianalyttinen tutkimus verkostotyön käytäntöjen määrittymisestä ja asiakkaan

asemasta kuntoutuksen eri konteksteissa. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36686/URN%3aNB%3afi%3ajyu-2011091411400.pdf?sequence=1>.

Kaner, Eileen; Dickinson, Heather; Beyer, Fiona; Schlesinger, Carla; Heather, Nick, Burnand, Bernard & Pienaar, Elizabeth 2009. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Viitattu 26.9.2012. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations.

Karttunen Laura & Karvinen Laura 2010. Päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Joensuun kaupungin alueen aluesairaanhoitajien näkemyksiä päihdehoitotyön käytännöistä. Pohjoiskarjalan ammattikorkeakoulu. Joensuu. Opinnäytetyö. http://theseus17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/12852/Karttunen_Laura%20Karvinen_Laura.pdf?sequence=1

Kekki Tuula & Partanen Airi 2008. Päihdepalvelujen seudullinen kehitys. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T38-2008-VERKKO.pdf>

Kiianmaa, Kalervo & Ylikari, Reino 1987. Alkoholin vaikutukset elimistöön ja terveyteen. Helsinki: Oy Alko Ab. Valtion painatuskeskus.

Kontturi, Jaakko 2012. Kotikäyntien edellyttämät resurssit. Viitattu: 20.8.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit/suunnittelu/resurssit.

Kröger, Juha 2008. Verkostoiva työote. Teoksessa Jan Holmberg, Tanja Hirschovits, Petri Kylmänen ja Eva Agge (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Lahtinen, Piia & Lalla, Senja 2011. Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen päivystyksessä. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki. Opinnäytetyö. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/30684/Lahtinen_Piia_Lalla_Senja.pdf?sequence=1.

Laine, Pekka 2002. Päihdepotilas terveyskeskuksen päivystyksessä. Viitattu 11.10.12. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92771.pdf>.

- Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä - Fenomenografinen lähestymistapa. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Väitöskirja.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf.
- Lappalainen-Lehto, Riitta; Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis 2007. Haasteena päihhteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY.
- Levo, Tarja 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Louhela, Saara & Saarinen, Satu 2006. Väkipalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Luoma, Minna-Liisa & Kattainen, Eija 2007. Teoksessa Reija Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes, 18–21.
- Morig, Juha & Räsänen, Sami 2002. Päivystävän lääkärin käynnit psykiatristen potilaiden kotona. Viitattu 20.8.2012.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtih
 a.
- Mäkelä, Pia & Vesalainen, Mari 2012. Alkoholi. Viitattu 30.8.2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/elintavat/alkoholi.
- Mäkelä, Rauno & Aalto, Mauri 2010. Alkoholiongelmien hoito- ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho ja Kalervo Kiianmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 44–52.
- Neuvoa Antavat 2011a. Viitattu 12.11.2011 http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/katkaisuhoito.
- Neuvoa Antavat 2011b. Viitattu 12.11.2011 http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/paihdekuntoutuseisohoito.
- Neuvoa antavat 2012. Opiaattiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoito. Viitattu 16.9.2012 http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/opiaattiriippuvaisten-vieroitus-ja-korvaushoito.
- Nurminen Marja–Leena 2001. Lääkehoito. Helsinki: WSOY.

- Otetaan selvää 2006. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Viitattu 8.10.2011 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2006:6.
- Pajunen, Terhi & Viljanen, Maria 2011. Ikääntyneiden päihdetyön juurruttaminen Helsinkiin Pilke-työn avulla. Teoksessa Marja Levo ja Maria Viljanen (toim.) Pilotoinnista perustyöhön. Ikääntyneiden päihdetyötä juurruttamassa. Helsinki.
- Päihdehuoltolaki 1986. Viitattu 8.10.2011
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>.
- Päihdelinkki 2011. Alkoholin käytön riskit. Viitattu 25.9.2012.
<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2011. Alkoholi ja huumeet. Viitattu 16.9.2012.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0f25bf0a-ad0c-4294-9e44-5ac2cf5fe544>.
- Raatikainen, Krista & Sieppi, Salla. 2009. Yli 65 vuotta täyttäneiden ikääntyneiden päihteidenkäyttö kotihoidon piirissä. Laurea-ammattikorkeakoulu. Porvoo. Opinnäytetyö.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7722/sieppi_raatikainen09.pdf?sequence=1.
- Sairaanhoitajaliitto i.a. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 14.10.2012.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.
- Salaspuro, Mikko i.a. TerapiaFennica. Viitattu 29.9.12
<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Alkoholi>
- Sarkio, Marja 2012. Syystien päihdekuntoutuksen hanke. Viitattu 29.9.2012.
 Tuloste tekijän hallussa.
- Saunio, Arja–Leena 2011. Viitattu 12.11.2011
http://www.stakes.fi/tietokannat/hoitopaikat/hoitopaikka_kuvaus2.asp?id=1.
- Seppälä, Timo 2010. Lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukset. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho ja Kalervo Kiianmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 189–195.
- Suhonen Heikki. Motivoiva haastattelu – interventio päihdeongelman kohtaamiseen. Viitattu 30.9.2012.

http://www.soc.utu.fi/projektit/sosiaalipolitiikka/riippuvuus/motivoiva_haastattelu.pdf

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2011. Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito. Viitattu 9.8.2012.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028?hakusana=alkoholismi#s4>.

Sundell, Laura 2010. Alcohol consumption and binge drinking as risk factors for cardiovascular diseases and depression. Helsinki, Finland. Academic dissertation. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c3a42431-a4f8-4eac-8d75-8daa06d5a3a3>.

Taittonen, Marjo 2011. Päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaaminen kotihoidossa. Asiakkaiden ryhmittely juomatapojen mukaan, kotihoidon työntekijän rooli sekä eettiset jännitteet. Tampereen yliopisto. Pro gradu.

http://www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/vanhutyonkehittamishanke/raportitjajulkaisut.html/3_9014.pdf.

Tanhua, Hannele; Virtanen, Ari; Knuuti, Ulla; Leppo, Anna & Kotovirta, Elina 2011. Huumetilanne Suomessa 2011. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.9.2012.

Tuokkola, Kati. 2008. Sosiaalikehitys Oy:n ulkoinen arviointi. Teoksessa Maria Viljanen ja Tarja Levo (toim.) Yhdessä jaettu on kevyempi kantaa. Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi – projekti 2005–08. Sininauhaliitto, 118–134.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2007. Viitattu 7.9.2011

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/paihderiippuvuus.

Työsuojeluhallinto 2010. Väkivallan uhka työssä. Viitattu 30.9.2012.

http://tyosuojelujulkaisut.wshop.fi/documents/2010/09/TSO_46.pdf.

Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymä i.a. Ridasjärven päihdehoitokeskus.

Viitattu 29.9.2012. <http://www.ridis.fi/>

Vorma, Helena 2010. Sekakäyttö. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho ja Kallervo Kiianmaa (toim.) Alkoholi-riippuvuus. Helsinki: Duodecim, 197–204.

- Viljanen, Maria 2010. Projektin tulokset, tuotokset ja vaikutukset. Teoksessa Maria Viljanen ja Tarja Levo (toim.) Yhdessä jaettu on kevyempi kantaa. Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi – projekti 2005–08. Sininauhaliitto, 83–90.
- Viljanen, Maria & Levo, Tarja 2010. Yhdessä jaettu on kevyempi kantaa. Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi – projekti 2005–08. Sininauhaliitto.
- Vuori, Erkki; Ojanperä, Ilkka; Launiainen, Terhi; Nokua, Jari & Ojansivu, Riitta-Leena 2012. Myrkytyskuolemien määrä on kääntynyt laskuun. Lääkärilehti 22/2012. Viitattu 30.9.12.
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL222012-1735.pdf>.
- Vähennä vähäsen 2006. Opas alkoholinkäytön vähentäjälle. Viitattu 8.10.2011
Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2006:10.
- Ylipiha, Sirpa; Palve, Johanna & Haapanen, Ilpo. 2011. Ikäihmisten päihdehoitopolku. Pohjoisen A-klinikan Maunulan toimipisteen projekti v. 2008–2010. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä.
- Ylönen, Merja 2011. Kotihoidon päällikön Merja Ylösen esitelmä Liika on aina liikaa-Ikääntyminen ja alkoholi projektin loppuseminaarissa Helsingissä 10.11.2011.

Liite 1: Alkoholinkäytön riskit AUDIT

Paljonko juot?

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- ☐ ei koskaan
- ☐ noin kerran kuussa tai harvemmin
- ☐ 2-4 kertaa kuussa
- ☐ 2-3 kertaa viikossa
- ☐ 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta [annosta](#) alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- ☐ 1-2 annosta
- ☐ 3-4 annosta
- ☐ 5-6 annosta
- ☐ 7-9 annosta
- ☐ 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- ☐ en koskaan
- ☐ harvemmin kuin kerran kuussa
- ☐ kerran kuussa
- ☐ kerran viikossa
- ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö pitkäksi?

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- ☐ ei koskaan
- ☐ harvemmin kuin kerran kuussa
- ☐ kerran kuussa
- ☐ kerran viikossa
- ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

Jäikö jotain tekemättä?

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- ☐ en koskaan
- ☐ harvemmin kuin kerran kuussa
- ☐ kerran kuussa
- ☐ kerran viikossa
- ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

Ryypyllä käyntiin?

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- ☐ en koskaan
- ☐ harvemmin kuin kerran kuussa
- ☐ kerran kuussa
- ☐ kerran viikossa
- ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

Morkkis?

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- ☐ en koskaan
- ☐ harvemmin kuin kerran kuussa
- ☐ kerran kuussa
- ☐ kerran viikossa
- ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö muisti?

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- ☐ en koskaan
- ☐ harvemmin kuin kerran kuussa
- ☐ kerran kuussa
- ☐ kerran viikossa
- ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

Kolhitko itseäsi tai muita?

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- ☐ ei
- ☐ on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- ☐ kyllä, viimeisen vuoden aikana

Tuliko sanomista?

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

- ☐ ei koskaan
- ☐ on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- ☐ kyllä, viimeisen vuoden aikana

11. Vastaajan sukupuoli

- ☐ Mies
- ☐ Nainen

12. Ikä

- ☐ 15 tai alle
- ☐ 16 - 17
- ☐ 18 - 24
- ☐ 25 - 30
- ☐ 31 - 40
- ☐ 41 - 50
- ☐ 51 - 64
- ☐ 65 tai enemmän

13. Ketä testaa

- ☐ itseään
- ☐ puolisoaan
- ☐ lastaan
- ☐ muuta lähiomaistaan
- ☐ asiakastaan

Liite 2: Alkoholi riippuvuus SADD

1. Onko sinun vaikea olla ajattelematta juomista?

- ☐ ei koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

2. Jätätkö juomisen takia aterioita väliin?

- ☐ en koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

3. Suunnitteletko päiväsi sen mukaan, milloin ja missä voit juoda?

- ☐ en koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

4. Juotko aamulla, päivällä ja illalla?

- ☐ en koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

5. Juotko alkoholin vaikutuksen vuoksi välittämättä siitä, mitä juot?

- ☐ en koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

6. Juotko miten paljon haluat riippumatta siitä, mitä seuraavana päivän pitäisi tehdä?

- ☐ en koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

7. Juotko runsaasti siitä huolimatta, että tiedät monien ongelmiesi johtuvan alkoholista?

- ☐ en koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

8. Käykö sinulle usein niin, ettet voi lopettaa juomista, kun olet kerran aloittanut?

- ☐ ei koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

9. Yritätkö hallita juomistasi luopumalla siitä kokonaan päiviksi tai viikoiksi kerrallaan?

- ☐ en koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

10. Tarvitsetko rankan juomisen jälkeisenä aamuna krapularyypyn saadaksesi itsesi käyntiin?

- ☐ en koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

11. Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna käsien vapinaa?

- ☐ ei koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

12. Heräätkö rankan juomisen jälkeen oksentamaan?

- ☐ en koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

13. Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna tarve vältellä ihmisiä?

- ☐ en koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

14. Näetkö rankan juomisen jälkeen pelottavia harhanäkyjä?

- ☐ en koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

15. Tuleeko sinulle muistikatkoksia edellisen juomisillan tapahtumista?

- ☐ ei koskaan
- ☐ joskus
- ☐ usein
- ☐ lähes aina

16. Ikä:

- ☐ 15 tai alle
- ☐ 16 - 17
- ☐ 18 - 24
- ☐ 25 - 30
- ☐ 31 - 40
- ☐ 41 - 50
- ☐ 51 - 64
- ☐ 65 tai enemmän
- ☐ En halua kertoa

17. Sukupuoli:

- ☐ Mies
- ☐ Nainen
- ☐ En halua kertoa

Liite 3: Huumeidenkäyttötesti DAST

Lomakkeen kysymykset koskevat huumaavien aineiden käyttöäsi viimeksi kuluneiden 12 kuukauden ajalta.

1. Oletko käyttänyt huumaavia aineita tai lääkkeitä muuhun kuin lääkinnälliseen tarkoitukseen?

- ☐ kyllä
- ☐ en

2. Oletko käyttänyt reseptilääkkeitä muuten kuin lääkärin ohjeiden mukaan?

- ☐ kyllä
- ☐ en

3. Oletko käyttänyt useampia huumeita tai lääkkeitä samanaikaisesti?

- ☐ kyllä
- ☐ en

4. Selviätkö viikkoa ilman päihdyttävien lääkkeiden tai huumeiden käyttöä?

- ☐ kyllä
- ☐ en

5. Pystytkö aina halutessasi lopettamaan päihdyttävien aineiden (huumeiden tai lääkkeiden) käytön?

- ☐ kyllä
- ☐ en

6. Onko sinulla koskaan ollut huumeiden tai lääkkeiden käytön aiheuttamia muistikatkoksia tai takaukia?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

7. Tunnetko koskaan syyllisyyttä huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi?

- ☐ kyllä
- ☐ en

8. Moittivatko vanhempasi tai puolisosi sinua koskaan huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytöstä?

- ☐ kyllä
- ☐ eivät

9. Onko huumeiden tai lääkkeiden käyttö aiheuttanut ongelmia sinun ja puolisosi tai sinun ja vanhempiesi välillä?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

10. Oletko menettänyt ystäviä huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytön vuoksi?

- ☐ kyllä
- ☐ en

11. Oletko laiminlyönyt perhettäsi huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi?

- ☐ kyllä
- ☐ en

12. Oletko joutunut työssä huumeiden tai lääkkeiden käytön takia hankaluuksiin?

- ☐ kyllä
- ☐ en

13. Oletko menettänyt työpaikan huumeiden tai lääkkeiden käytön takia?

- ☐ kyllä
- ☐ en

14. Oletko joutunut tappeluun huumeiden tai lääkkeiden vaikutuksen alaisena?

- ☐ kyllä
- ☐ en

15. Oletko tehnyt mitään laitonta saadaksesi huumeita tai lääkkeitä?

- ☐ kyllä
- ☐ en

16. Onko sinut pidätetty huumeiden hallussapidosta?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

17. Onko sinulla koskaan ollut vieroitusoireita (huonovointisuutta) huumeiden tai lääkkeiden käytön lopettamisen jälkeen?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

18. Onko sinulla ollut huumaavien aineiden käytöstä johtuvia terveydellisiä ongelmia (esim. muistinmenetyksiä, hepatiittia, kouristuksia, verenvuotoa jne.)?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

19. Oletko hakenut apua huume- tai lääkeongelmiisi?

- ☐ kyllä
- ☐ en

20. Oletko ollut huumeiden tai lääkkeiden väärinkäyttäjille tarkoitettussa erityishoitopaikassa?

- ☐ kyllä
- ☐ en

21. Ikä:

- ☐ 15 tai alle
- ☐ 16 - 17
- ☐ 18 - 24
- ☐ 25 - 30
- ☐ 31 - 40
- ☐ 41 - 50
- ☐ 51 - 64
- ☐ 65 tai enemmän
- ☐ En halua kertoa

22. Sukupuoli:

- ☐ Mies
- ☐ Nainen
- ☐ En halua kertoa

Liite 4: KOTIHOITOKATKAISU-TOIMINTAMALLI

Alkoholista johtuvien vieroitusoireiden hoito koti/avokatkaisuhoidossa. Toimintamalli on viitteellinen.

Tavoitteena alkoholin käytön lopettaminen turvallisesti:

Wernicken taudin ehkäisy (B1-vitamiinin puutteesta johtuva pysyvä aivovaurio)

Kouristuskohtausten ja harhojen/sekavuuden ehkäisy

Vieroitusoireiden lieventäminen niin paljon, että asiakas pystyy lopettamaan juomisen ja aloittamaan jatkokuntoutuksen

1. Asiakasta rohkaistaan aina pyytämään apua, kun hän haluaa lopettaa juomisen.
2. Varmistetaan, että asiakkaalla on joku henkilö, jolle hän voi soittaa vuorokauden kaikkina aikoina ja annetaan hänelle listaa auttavien puhelinten numeroista esim. 10023. Järjestetään yökotihoito tarvittaessa.
3. Kotihoidon työntekijät tekevät hoitosuunnitelman yhteistyössä asiakkaan, läheisten ja A-klinikan kanssa.
4. Hoidon tavoitteena on taata asiakkaalle kohtalainen yleistilan säilyminen ja riittävä uni.
5. Kotiin varataan alkoholittomia juomia (urheilujuoma/mehu + suola, piimä, maito). Riittävästä nesteytyksestä on huolehdittava. Asiakkaalla tulee olla kotona valmisruokia. Ateriapalvelu tilataan tarvittaessa.
6. Asiakkaan yleistilan ja vieroitusoireiden seuranta
 - pulssin ja verenpaineen seuranta
 - orientaation ja harhojen seuranta
 - virtsaamisen ja vatsantoiminnan seuranta
 - vieroitusoireiden arviointi
 - laboratoriotutkimukset (CRP, NTP, PVK, B-GLUK) tarvittaessa
7. Lääkehoito
 - Neuramin 100mg i.m. x 1 kolmena ensimmäisenä päivänä
 - Klooridiatsepoksidi (Risolid) 25mg 1x3 kolmen vuorokauden ajan (peruslääke) tai diatsepaami (Diapam) 5–10mg x 3 kolmen vuorokauden ajan (kouristuslääke) tai oksatsepaami (Oxepam,

Opamox) 15–30mg x 3 kolmen vuorokauden ajan (maksan vaja-toiminta, vanhusasiakas)

Unilääke, tsopikloni (Imovane) 7,5–15mg tai tematsepaami (Tenox) 10–20mg yöksi.

Asiakas puhallutetaan ennen lääkitystä. Lääkityksestä päättää hoitava lääkäri kokonaistilannearvion perusteella. Tarvittaessa annetaan rytmihäiriöitä tai vatsan ärsytystä estävä lääke. Epilepsialääkkeitä ei enää suositella alkoholin katkaisuhoidossa. Lääkitys järjestetään asiakkaalle päivittäin kotiin ja siinä tulee huomioida asiakkaan muiden lääkkeiden kontraindikaatiot.

8. Asiakas tulee toimittaa matalalla kynnyksellä sairaalaan (erityisesti monisairaat) jos yleistila laskee selvästi. Katkaisuhoidtoa voidaan yrittää järjestää myös suoraan sairaalaosastolle sisäänotosta vastaavan apulaisyli-lääkärin kautta.

Kotikatkaisuhoidto soveltuu suhteellisen hyväkuntoisen asiakkaan hoitoon. Jos asiakkaalla on hyvin runsas ja pitkä juomishistoria tai delirium/kouristuskohtauksia anamneesissa, ohjataan asiakas laitосkatkaisuhoidtoon. (Ylipiha, Palve & Haapanen 2011.)